

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889.

THÈSE

N°

166

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le..... à 1 heure.....

PAR KAPLAN

NÉ A BIALYSTOK, LE 18 JUIN 1865

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ENTÉROPTOSE

Président de thèse : Professeur M. POTAIN

Juges : MM. { FOURNIER.
 { JOFFROY.
 { JALAGUIER.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

ORLÉANS

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE G. MORAND

47, Rue Bannier, 47.

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.	
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologique		N...
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie médicale		GAULTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		{ DAMASCHINO.
		{ DIEULAFOIY.
		{ GUYON.
Pathologie chirurgicale		{ LANNELONGUE.
		{ CORNIL.
Anatomie pathologique		MATHIAS DUVAL.
Histologie		DUPLAY.
Opérations et appareils		REGNAULT.
Pharmacologie		HAYEM.
Thérapeutique et matière médicale		PROUST
Hygiène		BROUARDEL.
Médecine légale		
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés		TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale		N...
		{ G. SÉE.
Clinique médicale		{ POTAIN.
		{ JACCOUB.
		{ PETER.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		CHARCOT.
		{ RICHT.
Clinique chirurgicale		{ VERNEUIL.
		{ TRELAT.
		{ LE FORT.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchements		N...

Professeurs honoraires :

MM. GAVARET, SAPPEY, HARDY, PAJOT.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
BLANCHARD.	HUMBERT.	QUINQUAUD.	RICHT (Ch).
BOUILLY.	HUTINEL.	RAYMOND.	ROBIN (Albert).
BUDIN.	JOFFROY.	RECLUS.	SEGOND.
CAMPENON.	KIRMISSON.	REMY.	STRAUSS.
DEBOVE.	LANDOUZY.	RENDU.	TERRILLON.
GUEBHARD.	PEYROT.	REYNIER.	TROISIÉD.
HALLOPEAU.	PINARD.	RIBEMONT.	VILLEJEAN.
HANOT.	POUCHET.	DESSAIGNES.	
HANRIOT.	QUENU.	RICHELOT.	

Le Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions mises dans les dissertations qui lui seront présentés, doivent être considérés comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni réprobation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR POTAIN

A MONSIEUR BRISSAUD
PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

A MES MAÎTRES DE L'HÔTEL-DIEU D'ORLÉANS
MESSIEURS CHIPAULT, HALMAGRAND, PILATE, GEFFRIER

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ENTÉROPTOSE

INTRODUCTION

De tout temps, on a attribué une grande importance pathogénique à la dyspepsie, et, si l'on voulait remonter très-loin dans l'histoire de la médecine, on trouverait cet aphorisme d'Hippocrate: « L'homme qui digère mal est comparable à un arbre, fixé sur un sol stérile, qui finit toujours par se dessécher et périr. » Nous trouverons encore que Galien disait: « Ventriculi affectus facit dispneas, apneas, epilepsias, deliria melancolicam. etc. »

Mais, sans recourir aux auteurs anciens, on a pu voir, dans le courant de notre siècle, Broussais d'abord, Chomel et Beau ensuite, faire pour ainsi dire pivoter un grand nombre de maladies autour de la dyspepsie (gastro-entérite de Broussais). On a vu aussi, et ce n'est plus de l'histoire, puisque cela ne date que d'hier, M. le professeur Bouchard introduire un nouvel élément dans l'étude de la dyspepsie, la dilatation de l'estomac, en faire la base d'une conception pathogénique véritablement grandiose, et grandiose par sa simplicité.

Dilatation de l'estomac; stase des aliments dans l'estomac dilaté; fermentations anormales de ces aliments, production, comme résultat de

ces fermentations, de toute une série de corps toxiques; résorption ou absorption de ces corps toxiques par les muqueuses stomacale et intestinale; auto-intoxication, d'une part; — affaiblissement et détérioration de l'organisme porteur de cette dilatation de l'estomac par suite de la mauvaise nutrition, d'autre part; donc, auto-intoxication et affaiblissement: voilà les deux éléments pathogéniques qui expliqueraient d'un côté toute la série de troubles généraux — et d'un autre côté, la prédisposition de ces malades à contracter de nouvelles maladies, car l'organisme n'oppose pas assez de résistance et se laisse envahir par les germes pathogènes qui guettent constamment à la porte, n'attendant que le moment et les conditions favorables à leur évolution; telles sont, en résumé, les doctrines de Bouchard.

Pour Beau, il y a dyspepsie quand il y a trouble, faiblesse ou absence de l'acte digestif, quels qu'en soient les symptômes et les causes; il tient à ce qu'on ne sépare pas, dans l'idée de dyspepsie, la diminution, l'absence ou l'altération des produits alimentaires absorbables, de la faiblesse, de l'absence ou du trouble de l'action digestive; il envisage, dans la dyspepsie, non pas une lésion anatomique comme le faisait Broussais (gastro-entérite), mais un trouble fonctionnel; il recherche et étudie les conséquences prochaines et éloignées de la dyspepsie pour l'organisme humain. Comme à l'état de santé, l'estomac prépare et modifie les matériaux qui doivent réparer le sang, lequel doit à son tour servir à toutes les grandes fonctions de nutrition, de sécrétion, etc., il s'ensuit, dit-il, que, lorsqu'il y a dyspepsie, il doit y avoir, outre les symptômes directs, des symptômes plus ou moins éloignés, dépendant non-seulement des altérations consécutives du sang, mais encore d'une foule d'autres lésions, soit fonctionnelles, soit organiques. Dans

cette manière d'envisager la dyspepsie, les causes sont très nombreuses : les unes proviennent des ingesta ; les autres, de l'état de l'estomac troublé, affaibli ou lésé ; d'une manière idiopathique, sympathique ou symptomatique, de même que les symptômes sont en nombre considérable. Aussi voyons-nous Beau insister, après Chomel, sur l'existence dans la dyspepsie, de symptômes généraux ou sympathiques, tels que la céphalalgie, la somnolence, l'insomnie, les palpitations, la dyspnée, etc. et montrer que la dyspepsie entraîne la diminution de l'embonpoint et des forces. Nous le voyons ensuite étudier les altérations du sang, l'anémie qui doit résulter du trouble des fonctions digestives, c'est-à-dire ce qu'il y a de plus général et de plus important dans l'histoire de la dyspepsie, ses conséquences. Beau, contrairement à la plupart de ses contemporains qui ne voyaient dans la dyspepsie qu'un état organopathique, local et circonscrit, pensait qu'elle était le point de départ d'états morbides généraux, et, comme on l'a dit, la clef de voûte de l'édifice pathologique. C'est de là, en effet, qu'il fait provenir, sous le nom de symptômes secondaires, la série névropathique (dyspnée, toux, aphonie, hoquet, babillement, cauchemar, névralgie intercostale, palpitations, syncope, céphalalgie, vertige, etc., etc.) ; et la série hémopathique (anémie globulaire, anémie albumineuse, fibrineuse) et leurs conséquences terminales : tubercules, cancers, scrofules).

Si nous rapprochons et comparons les idées de Beau et celles de Bouchard, nous remarquons que ce dernier a commencé par établir la lésion, dilatation de l'estomac, lésion fondamentale, puisque, à son avis. « s'il n'y a que le tiers à peu près de dilatés de l'estomac qui soient dyspeptiques, tous ou presque tous les dyspeptiques (7/8) ont de la dilatation de l'estomac ». Outre cette notion de l'estomac dilaté, nous avons vu plus haut que Bou-

chard insistait surtout sur l'auto-intoxication et comment il expliquait son mécanisme. Voici comment M. Féréol, dans sa communication à la Société médicale des hôpitaux, du 23 novembre 1888, s'exprime à ce sujet : « Ainsi que l'a déjà fait remarquer Dujardin-Beaumetz à la Société des hôpitaux, on peut dire que M. Bouchard s'est quelque peu inspiré des idées de Beau sur la dyspepsie. Rien d'étonnant à cela : le patrimoine des grandes questions de pathologie générale appartient à tous ; c'est le fond commun sur lequel chacun laboure et sème, et il est d'ailleurs assez limité, mais tout le monde n'y récolte pas ; ceux-là seuls moissonnent qui ont su rajeunir les procédés et les méthodes de leurs aïeux. Or, il est incontestable que M. Bouchard a singulièrement rajeuni et fait siennes les doctrines du passé auquel il s'attache ; et il les a faites siennes non-seulement parce qu'il leur a apporté l'important contingent de progrès considérables qu'ont faits les sciences dites autrefois accessoires de la médecine, désignées aujourd'hui plus justement du nom de sciences auxiliaires de la médecine, mais parce qu'il a, dans sa systématisation, renouvelé le point de départ, et modifié l'ordre et l'enchaînement des idées. C'est ainsi que, pour Beau, la dyspepsie, trouble fonctionnel assez vague, indéterminé non-seulement dans son essence, mais variable dans son processus, était antérieure à la dilatation stomacale et constituait le *primum movens* d'un grand nombre de maladies qui se développaient à la suite comme des conséquences éloignées et tardives, à la façon des symptômes tertiaires de la syphilis. M. Bouchard, au contraire, obéissant à la tendance moderne qui cherche à trouver une localisation et une altération organique au début de toute évolution pathologique, fait de la dilatation stomacale le point de départ le plus habituel de la dyspepsie, en sorte que, s'il se rattache à Beau par la conception gé-

nérale de la dyspepsie comme cause au moins déterminante d'un grand nombre de maladies, il se sépare de lui par la façon dont il entend la genèse et la nature même de la dyspepsie. »

Nous avons tenu à faire cette citation un peu longue, parce qu'elle résume bien les idées de M. Bouchard, et met en relief l'importance de la dilatation de l'estomac comme lésion et maladie primitive. C'est qu'en effet M. Bouchard fait de la dilatation de l'estomac une entité morbide, une véritable maladie locale, qui, vu l'importance de l'organe primitivement atteint, est capable de retentir sur l'organisme tout entier, et de devenir, à un moment donné, par suite de la déchéance organique qu'elle entraîne, la cause d'une foule d'affections générales au nombre desquelles se trouvent la scrofule, la phthisie, le rachitisme, l'albuminurie, etc.

On nous pardonnera d'insister autant sur ce sujet ; si nous le faisons, c'est que cette question n'est pas envisagée de la même façon par tous les médecins qui s'en sont occupés. Ainsi, MM. Sée et Mathieu, qui ont également étudié la dilatation de l'estomac, ne la considèrent pas comme une maladie primitive et purement locale ; pour eux, elle serait la conséquence d'états morbides multiples, le nervosisme, l'épuisement général de l'organisme, les maladies aiguës et surtout la fièvre typhoïde. On peut dire que, pour M. le professeur Sée, la dilatation de l'estomac se perd dans l'ensemble des manifestations multiples du nervosisme, de cet état constitutionnel qu'il qualifie névrose spasmodique, neurasthénie, et d'après lui, elle est consécutive à cet état. Pour Bouchard, au contraire, la dilatation est bien réellement primitive : c'est elle qui engendre tous les troubles qui l'accompagnent, et sa pathogénie proprement dite se confond avec celle de tous les muscles creux qui se laissent détendre lorsque la force à surmonter est au-dessus de

leur tâche, c'est-à-dire qu'on l'observe surtout chez les gros mangeurs et les grands buveurs.

De même, à propos de la communication de M. Bouchard, M. Dujardin-Beaumetz émit l'opinion que la dilatation dite primitive de l'estomac n'était que l'expression la plus avancée de la dyspepsie atonique avec faiblesse des parois stomacals. — M. Dumontpallier dit qu'il la considérait comme la conséquence d'un état particulier de l'organisme, d'une diathèse, dont les manifestations morbides au niveau de l'estomac se traduisaient par des altérations de la muqueuse et de la couche musculaire ; à la longue celles-ci produisaient consécutivement le relâchement des parois.

Certains auteurs allemands aussi ont écrit, sous le nom de dyspepsie nerveuse, un ensemble symptomatique dans lequel se trouvent englobées la plupart des manifestations qui sont décrites, en France, avec la dilatation de l'estomac. Tout récemment, Leube, revenant sur ce sujet, s'attachait à déterminer la marche des accidents, qui le plus souvent, est conforme au tableau des troubles généraux de la dilatation de l'estomac tels que Bouchard les décrit. Pour cet auteur, la dyspepsie nerveuse, neurasthénie, est un ensemble de symptômes, un complexus clinique, une maladie, une entité morbide, dans laquelle on ne trouve pas de lésion, ou plutôt, on n'en avait pas trouvé jusqu'à ce jour, et caractérisée cliniquement par des troubles digestifs, des troubles nerveux, des troubles psychiques quelquefois. Arndt, dans son livre sur la neurasthénie dit que c'est l'expression d'une hypertrophie du système nerveux, dont la principale prédisposition se trouve dans la constitution chlorotique nerveuse ; elle reconnaît les causes les plus variées, surtout les dyscrasies cachectiques, et alors elle se montre plutôt comme un symptôme de ces maladies que comme une entité morbide. (Arndt, Die neurasthénie, ihr wesen, ihre Bedeutung und Behandlung, 1885,

Leipzig). On voit combien cela est vague ; avec cette définition, il n'est pas étonnant qu'on ait observé la neurasthénie partout. En présence de chroniques présentant des troubles digestifs un peu vagues, quand il y avait en même temps quelques symptômes nerveux ; de la céphalalgie par exemple (céphalée à casque), si le malade prétendait avoir depuis quelque temps, le caractère, irritable, inconstant, avec de l'insomnie, des cauchemars, des palpitations, des douleurs vagues, de l'hypéresthésie, de la faiblesse générale, etc... on prononçait le mot *neurasthénie*, (*nervenschwache*), et on croyait tout dit ; on cherchait l'hérédité, on la trouvait souvent en effet sous une forme ou une autre. Voilà comment on a créé une entité morbide, une névrose, la neurasthénie, correspondant au terme nervosisme, etc. Il est évident que pour Bouchard, la plupart de ces malades sont des dilatés, car, pour lui, ce qu'on a appelé dyspepsie nerveuse, neurasthénie, etc, survient dans le cours de la dilatation de l'estomac, mais c'est toujours celle-ci qui ouvre la scène, c'est la gastrectasie qui est l'origine de tous les maux, et il explique tous les symptômes que l'on observe par l'auto-intoxication et par les troubles que la gastrectasie apporte à la nutrition générale.

Ce savant professeur a été plus loin : il a décrit une forme larvée de la dilatation de l'estomac, la plus fréquente même (2/3 des cas), pour ces malades qui, sans troubles locaux, se plaignent d'accidents généraux, surtout nerveux et ne rapportent pas ces symptômes, à une lésion stomacale.

En résumé, nous voyons en présence deux opinions opposées : 1° une névrose, une maladie du système nerveux, dont la dyspepsie ne serait qu'un symptôme ; 2° une lésion anatomique qui serait la cause d'accidents nerveux secondaires.

Entre ces deux théories peut se placer la conception de MM. Sée et Mathieu qui voient dans la

dilatation de l'estomac le résultat de troubles nervo-moteurs, amenant à la longue une lésion anatomique durable.

Nous croyons les deux théories trop exclusives ; à notre avis, la dilatation de l'estomac existe. Quel est en effet le médecin qui n'a pas observé ces gros estomacs, se dessinant derrière la paroi abdominale, mobiles même, avec une forme absolument anatomique, ne différant de l'estomac normal que par les dimensions, se contractant souvent (contraction péristaltique de l'estomac dilaté) sous les yeux de l'observateur, et donnant lieu à un ensemble de symptômes que Bouchard a si bien décrit ? mais ces cas-là, sont relativement rares ; et, dans les autres, après avoir constaté la dilatation, peut-on toujours dire qu'elle est primitive ? N'y a-t-il pas à côté d'elle un défaut d'équilibre dans la cavité abdominale ? Ne doit-on pas chercher, pour expliquer la gastrectasie et l'hypertrophie de la tunique musculaire de l'estomac, un ou plusieurs obstacles au cours du chyme et des matières, de même qu'on l'a fait pour expliquer l'hypertrophie et la dilatation du cœur ? Et si cet obstacle existe, ne faut-il pas le chercher dans la masse intestinale ? Et alors plusieurs questions se posent : quelle est la nature de cet obstacle ? quel est son développement ? quel est son mode de production ? Quel est son siège ?

C'est Glénard, de Lyon, qui le premier, a soulevé ces intéressantes questions d'une manière originale ; dans ses études sur la dyspepsie, il a considéré surtout la statique abdominale à l'état normal et à l'état pathologique (mode et défaut de fixation des viscères abdominaux), et c'est pour l'ensemble de ces troubles mécaniques qu'il a créé les noms d'entéroptose et desplachnoptose, et c'est à eux qu'il a rapporté un certain nombre de symptômes subjectifs et objectifs de la dyspepsie. De cette explication il a tiré des indications thérapeutiques

nouvelles dont l'efficacité a été contrôlée et reconnue par plusieurs médecins.

Dans ce travail, nous nous proposons de soumettre à l'appréciation de nos juges les réflexions que nous ont suggérées les travaux de Glénard, et nous nous estimerons heureux si nous contribuons, même pour une faible part, à faire admettre ses idées originales.

DIVISION

Cette étude comprendra quatre chapitres :

1^{er} CHAPITRE : *Tableau du malade.*

2^e CHAPITRE : *Anatomie et physiologie pathologique.*

3^e CHAPITRE : *Diagnostic et traitement.*

4^e CHAPITRE : *Conclusion.*

CHAPITRE I^{er}

TABEAU DU MALADE.

Dans ce premier chapitre, nous examinerons :

- 1^o *Les symptômes subjectifs.*
- 2^o *Les symptômes objectifs et la manière d'examiner les malades d'après les principes posés par Glénard.*

I^o Symptômes subjctifs.

Comment des malades se présentent-ils ? Le plus souvent il s'agit de femmes (80 pour cent dans la statistique de Glénard) d'un certain âge et ayant plusieurs enfants ; cependant on peut rencontrer l'entéroptose chez des personnes jeunes, n'ayant pas eu d'enfants et nous verrons que, dans ces cas, la pathogénie est spéciale (traumatisme et efforts).

A votre interrogatoire, que répondra un malade atteint d'entéroptose ?

Sensations douloureuses. — Il vous dira qu'il souffre pendant la digestion, comme s'il avait conscience de sa fonction digestive, et il rapportera cette douleur à la région ombilicale, « entre l'estomac et le ventre ». Et cela est si vrai que M. Glénard a pu dire qu'un des caractères généraux de la dyspepsie nerveuse c'est le bien-être à jeun ; les malaises ne commencent qu'après l'ingestion des aliments ; ces malades se porteraient relativement bien s'ils pouvaient se dispenser de manger — c'est une remarque que tous font eux-mêmes. « Je me por-

terais bien, disent-ils, si je pouvais vivre sans manger! ». Aussi arrive-t-il qu'ils restreignent la quantité de leurs aliments jusqu'au minimum; ils se laissent presque mourir de faim, parce qu'ils savent par expérience qu'invariablement, 2 3 ou 4 heures après leurs repas, des sensations douloureuses, des souffrances et, souvent des souffrances atroces, vont se déclarer.

Rapport des sensations douloureuses avec la nature des aliments. — Chose peu importante encore: le malade un peu observateur sait qu'il existe un rapport entre la nature de ses aliments et ces sensations douloureuses; il vous dit que tel aliment les provoque infailliblement tandis que tel autre est parfaitement digéré. Il arrive ainsi à se faire un régime, à restreindre son alimentation à un certain groupe d'aliments et à exclure complètement de sa table certains autres. En s'en rapportant au dire des malades, on peut constituer un tableau d'aliments, un régime qui se trouve être le même pour tous les cas. De plus, les sensations douloureuses diminuent par le décubitus horizontal, par l'ingestion d'aliments.

Prédominance des sensations douloureuses que les malades localisent à la région ombilicale, au-dessous de l'épigastre, trois ou quatre heures après le repas. — Ces sensations douloureuses sont presque toujours en rapport avec la nature des aliments.

Besoin de manger. — Ces malades ont un besoin continuel de prendre, et, s'ils ne mangent pas, ce n'est pas manque d'appétit, c'est par crainte de la douleur.

Constipation. — Ils vous raconteront qu'ils sont habituellement constipés; que leurs selles sont rubanées, que les matières sont grisâtres (peu riches en bile).

Troubles nerveux. Insomnie. — Ils ont de l'in-

somnie d'un caractère particulier : ils s'endorment paisiblement, et se réveillent vers 2 heures du matin; ils ne peuvent se rendormir, souvent les sensations douloureuses, au niveau du mésogastre (symptômes mésogastriques de Glénard) réapparaissent à ce moment-là.

Il y a parfois douleur à l'hypochondre droit ou gauche (névralgie intercostale).

Avec cela, changement de caractère, mélancolie, hypochondrie, amaigrissement, etc.

DIVISION DE GLÉNARD. — Si nous interrogeons ces malades sur la date et l'apparition de tous ces symptômes, nous constatons que l'on peut établir des périodes.

1^{re} PÉRIODE. — M. Glénard l'appelle *Chomélienne*, parce qu'elle correspond au tableau de la dyspepsie, tel que Chomel l'a fait. Les symptômes sont : gonflement, somnolence, éructations inodores, les selles étant encore régulières. Arrivent ensuite des aigreurs, la douleur épigastrique, le pyrosis; les selles deviennent irrégulières.

2^e PÉRIODE. — Aux symptômes de la 1^{re} période qui augmentent d'intensité, s'ajoutent les sensations douloureuses au niveau du mésogastre, et que les malades caractérisent par les dénominations suivantes : pesanteur, constriction, tiraillements, délabrement, barrement, creux, vide., en même temps, constipation souvent opiniâtre, amaigrissement, insomnies, et autres symptômes nerveux.

3^e PÉRIODE. — Les symptômes du début peuvent disparaître; ceux de la 2^e période au contraire deviennent beaucoup plus graves, le malade dit qu'il souffre atrocement, il se laisse mourir de faim pour échapper à la douleur; il maigrit de plus en plus, il devient faible, pâle, très anémique, et, à cette période, il a un aspect cachectique qu'on est tenté de rapporter à la tuberculose ou au cancer.

Tels sont, en résumé, les symptômes subjectifs que le malade et son entourage constatent. Voyons maintenant ce que donne leur examen direct.

II — Symptômes objectifs.

Examen du malade, son aspect, son état général.

— Le malade est maigre; il a le teint pâle, un peu plombé, légèrement subictérique au moment des malaises dyspeptique (3 heures après le repas).

Troubles circulatoires. Le pouls est petit, régulier, parfois très lent, et un simple changement d'attitude peut le faire varier de 10 à 20 pulsations. Ainsi, quand le malade se couche, on peut, dit Glénard, voir le pouls tomber de 65 à 50 par minute.

Aspect de l'abdomen. Percussion. Clapotage. — Le malade étant couché, l'abdomen est flasque, plat, ou en bateau, ou en forme de sablier, ou en besace (Guéniot). — On voit à l'épigastre un battement dont nous reparlerons plus loin.

On constate le bruit de clapotage qu'il est facile de produire par une petite succussion bilatérale brusque de la région épigastrique. Si on cherche à délimiter ce bruit de clapotage, on constate qu'il se produit assez souvent dans les limites qui ont été indiquées par Bouchard comme dénotant une dilatation de l'estomac. — De l'existence du bruit de clapotage, faut-il conclure que ces malades sont atteints de dilatation de l'estomac? Le bruit de clapotage est très fréquent: on sait, en effet que, pour Bouchard, sur dix malades atteints de maladies chroniques, six présentent ce signe et seraient des dilatés; et que, sur huit dyspeptiques quelconques, sept seraient des dilatés; dans l'idée de Bouchard, toutes les fois qu'avec l'aide du bruit de clapotage on constate que la grande courbure de l'estomac dépasse à gauche.

une ligne allant de l'ombilic aux fausses côtes, il y a gastrectasie. Cela serait vrai, s'il était démontré que les deux points fixes de l'estomac, le cardia et le pylore, et la petite courbure qui les réunit, ne peuvent changer de place dans certaines conditions. On voit comment est réalisée la fixation de ces points : c'est par l'intermédiaire de l'épiploon gastro-hépatique qui suspend la petite courbure de l'estomac au foie ; les organes qui sont contenus dans cet épiploon (veine porte, artère hépatique et canal cholédoque) contribuent aussi à la solidité de l'attache et aident à réaliser la suspension de l'estomac. Il s'ensuit donc que la fixité de l'estomac se trouve pour ainsi dire en rapport avec le degré de fixité du foie ; on comprend que, si une traction énergique et soutenue est opérée sur la grande courbure de l'estomac, son ligament de soutien, l'épiploon gastro-hépatique pourra acquérir une longueur plus grande qu'à l'état normal ; ce qui permettra une certaine mobilité de l'estomac et on pourra le trouver là où il n'existe pas normalement, sans que sa capacité soit augmentée. Ces conditions se rencontrent dans l'entéroptose. De plus, à l'état normal, l'estomac n'est en rapport avec la paroi abdominale que dans une très petite étendue (on a déterminé exactement cette partie de la paroi pour le besoin de la gastrotomie), et cela, parce qu'au-dessous et en avant, se trouve le colon transverse ; on peut même confondre les deux viscères, quand on fait la gastrotomie ; mais, si le colon transverse n'occupe plus sa place habituelle, si il est abaissé et sténosé, l'estomac se trouvera en rapport direct avec la paroi abdominale, et le bruit de clapotage sera plus facilement perçu. Nous voyons donc que la seule constatation de ce bruit est insuffisante pour affirmer l'existence de la gastrectasie, tant qu'il n'est pas démontré que l'estomac n'est pas abaissé en totalité.

Revenons maintenant aux signes objectifs qu'on constate chez notre malade.

Battement épigastrique. — On observe souvent, au niveau de la région ombilicale, un battement dont le malade a conscience et qui est isochrone aux bruits du cœur et au pouls; on voit la paroi de l'abdomen se soulever sur une certaine étendue. En recherchant l'origine de ce signe, on reconnaît qu'il dépend de l'aorte par transmission. Il y a donc quelque organe de la cavité abdominale qui cache l'aorte et qui, chez notre malade, n'occupe plus sa place ordinaire; quel est cet organe? Pour résoudre cette question, nous avons un autre signe qui a été indiqué pour la première fois par Glénard : c'est la corde colique transverse.

Corde colique transverse. — Elle est souvent difficile à trouver chez certains malades; voici comment il faut la chercher d'après Glénard : les doigts de la main droite fléchis en griffe, il faut palper la paroi abdominale en les enfonçant de haut en bas, en commençant au-dessous de l'appendice xyphoïde, et alors, en arrivant à l'ombilic ou au-dessous, on sent une corde de la grosseur du pouce qu'on peut attirer en bas jusqu'à une certaine limite; il arrive en effet un moment où elle ressaute et se dégage des doigts pour remonter. Pour Glénard, cette corde n'est autre chose que le colon transverse, rétréci et en ptose. Souvent on peut suivre cette corde à droite et on la voit se confondre avec le colon ascendant et le cœcum ou à gauche avec le colon descendant et l'S iliaque. L'S iliaque lui-même est souvent senti sous forme de corde dure, pleine, de la grosseur du pouce, et généralement plus facile à saisir que la corde colique transverse. — En suivant la corde colique à droite, on sent quelquefois le cœcum lui-même, sous la forme d'un boudin dur, mat, un peu rénitent cependant, déjeté

en dedans (boudin cœcal de Glénard), ou, au contraire, sous la forme d'une ampoule sonore, dont le tympanisme diffère nettement de la submatité de l'intestin grêle.

Rein mobile. — La palpation fait très souvent découvrir un rein mobile. Exposons en quelques mots comment on doit chercher l'ectopie rénale, selon Glénard (méthode du pouce).

Cette méthode consiste à fouiller l'hypochondre pendant une profonde inspiration ; M. Glénard la désigne sous le nom de palpation néphroleptique, parce que c'est à elle qu'on doit recourir pour faire le diagnostic du rein mobile, et le rein étant l'organe de la région le plus profondément situé, il est évident que les doigts, avant de l'atteindre, auront déjà rencontré tout ce que la région pouvait présenter d'anormal. Ce procédé comprend trois temps, désignés sous les noms caractéristiques de 1^o affût ; 2^o capture ; 3^o échappement.

1^{er} TEMPS. — Etreindre largement et solidement de la main gauche, pouce en avant, les quatre autres doigts en arrière, la zone des parties molles situées au-dessous du rebord costal ; on a ainsi un anneau étroit, complété à sa partie interne, soit par la colonne vertébrale en arrière, soit par la main droite appliquée en avant, au niveau de l'ombilic, le rebord cubital un peu en haut, la face palmaire regardant à droite (affût). — Faire alors respirer profondément le malade plusieurs fois de suite. Normalement, on ne doit rien sentir descendre entre les doigts. Si l'on sent descendre quelque chose (ptose) entre les doigts, *on place peu à peu ceux-ci en tâtonnant, pendant une série d'inspirations profondes sur le trajet exact de la ptose*, en portant le pouce le plus haut possible au-dessous du rebord costal.

2^e TEMPS. — Cela fait, il faut retenir la ptose en-

tre le médus et le pouce gauches: pour cela, lorsque la ptose parait avoir atteint la limite inférieure de son incursion, on augmente brusquement la constriction exercée à travers la paroi abdominale par les doigts, en rapprochant le plus possible l'un de l'autre les extrémités du médus et du pouce gauches. En même temps, la main droite veille à ce que la ptose ne soit pas déviée vers la ligne médiane (capture).

3^e TEMPS. — Enfin, pour apprécier les différents caractères de siège, forme, consistance, volume, sensibilité, etc. de la ptose, il faut *la laisser échapper*, en la faisant passer de bas en haut, entre les doigts de la main gauche, au-dessous du pouce qui joue ici le rôle intelligent (échappement). Pour cela, la ptose étant « captive », on écarte légèrement l'une de l'autre, tout en les abaissant, les extrémités du pouce et du médus gauches, et on exerce une certaine compression de bas en haut et de dedans en dehors avec la main droite; la ptose remontera ainsi sous le pouce gauche, et, si cette ptose est formée par le rein, par exemple, on aura à ce moment-là un ressaut visible à l'œil et dont le malade a parfaitement la sensation.

Ce procédé d'exploration renseigne très exactement sur la position du rein, et on se rend compte très bien d'une ectopie rénale qui passerait inaperçue autrement.

M. Glénard distingue, dans le prolapsus du rein (néphroptose), qui, à l'état normal, ne peut pas être atteint, quatre degrés.

A La *pointe de néphroptose* ou *néphroptose au premier degré*, dans laquelle on ne sent, par la palpation néphroleptique, que le pôle inférieur du rein, à la fin de la période d'affût.

B La *néphroptose au deuxième degré*, dans laquelle on peut retenir tout le rein entre les doigts, sans pouvoir toutefois former, avec les doigts,

un sillon en comprimant les tissus au-dessus du rein.

C La *néphroptose au troisième degré*, dans laquelle on peut, en rapprochant le pouce et le médius gauches, former un sillon net au-dessus du rein. C'est le *rein mobile* des auteurs.

D La *néphroptose au quatrième degré* ou *rein flottant*; c'est le rein que l'on sent à travers la paroi abdominale antérieure par la simple palpation.

M. Glénard a publié la statistique suivante de 148 cas de néphroptoses, qu'il a relevée à Vichy; la fréquence inattendue du rein mobile confirme sa doctrine : que le vrai syndrome du rein mobile est un syndrome digestif, et non nerveux, comme on l'a établi jusqu'à ce jour.

Sur 148 cas de reins mobiles, il y a 131 femmes et 17 hommes.

Néphroptose de 1 ^{er} et 2 ^e degrés.	62 cas == 47 femmes + 15 hommes.
— de 3 ^e degré.	81 cas == 79 — + 2 —
— de 4 ^e degré.	5 cas == 5 — ,
148 cas == 131 femmes + 17 hommes.	

Néphroptose droite.	126 cas == 110 femmes + 16 hommes.
— gauche.	3 cas == 3 — ,
— double.	19 cas == 18 — + 1 homme.
148 cas == 131 femmes + 17 hommes.	

La néphroptose s'accompagnait d'hépatoptose dans 32 cas (30 femmes et 2 hommes) — de splénoptose dans 2 cas (2 femmes) — (*Province médicale*, 16 avril 1887 et n^{os} suivants).

Il ne faudrait pas s'étonner de ce grand nombre d'ectopies rénales; c'est que, comme nous l'avons déjà remarqué plus haut, par la méthode de palpation de Glénard, on décèle l'existence d'une ectopie rénale, qui autrement passerait absolument inaperçue; elle passerait inaperçue, parce que le malade, s'il s'agit d'une ectopie ré-

nale au 1^{er} ou au 2^e degré, et, *s'il n'a que de l'ectopie rénale*, n'éprouvera le plus souvent aucun symptôme clinique appréciable, et nous avons vu nous-même une femme atteinte de rein flottant, qu'on sentait par la palpation simple dans la région épigastrique, et que la malade elle-même avait constaté depuis longtemps; mais elle n'en souffrait aucunement, elle disait que la présence de cette tumeur l'inquiétait et qu'elle entraît à l'hôpital seulement pour connaître la nature de son mal.

On voit même des ectopies rénales faibles, accompagnées de troubles digestifs et nerveux graves, tandis que, d'autres fois, on voit des reins flottants sans symptômes subjectifs appréciables. Pour expliquer ces faits cliniques, on les a mis sur le compte des différences dans l'état nerveux des malades.

Sans chercher le bien fondé de cette explication, nous ne ferons ici qu'énoncer les deux propositions suivantes, bien établies par M. Glénard.

1^o L'ectopie du rein peut exister en l'absence des symptômes subjectifs, regardés comme caractéristiques et qui, d'après les auteurs, l'accompagnent toujours.

De cette proposition, découle, comme conséquence naturelle, la nécessité soit de modifier la description du syndrome de la maladie; soit de pratiquer la palpation abdominale par le procédé de Glénard, d'une façon délibérée et pour ainsi dire, systématiquement, de même que, chez tout malade, on examine, systématiquement aussi le cœur, les poumons, les urines, etc....

2^o Cette ectopie ne peut-être révélée dans le plus grand nombre de cas que par la méthode de palpation établie par M. Glénard. En tout cas, c'est cette méthode qui, seule, donne au diagnostic le degré de certitude absolue.

Et pour résumer ces deux propositions en une seule, nous dirons avec l'auteur de la méthode: « Il faut penser au rein mobile pour le chercher,

et le chercher suivant un certain procédé pour le trouver. » L'existence de l'ectopie rénale ou néphroptose (Glénard), ainsi révélée à l'observateur, conduit à la notion d'un autre prolapsus concomitant et en particulier du prolapsus intestinal ou entéroptose, d'autant plus que ce sont les troubles digestifs qui prédominent dans le rein mobile, lorsqu'on pense à le chercher.

Nous avons voulu, dans ce chapitre, montrer que, chez les malades classés parmi les dyspeptiques nerveux, dyspeptiques sans lésion, on trouvait, en examinant leur abdomen d'une certaine façon, une série de signes objectifs : battement épigastrique, corde colique transverse, cordon iliaque et boudin cœcal, ventre en besace et sténose intestinale, ectopie rénale; nous avons émis l'hypothèse que tous ces signes se rapportent à une statique abdominale vicieuse, au défaut de suspension des organes abdominaux; nous avons montré que cette hypothèse est probable. Est-elle vérifiée à l'autopsie? C'est ce que nous chercherons de démontrer dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

Anatomie et physiologie pathologique.

Les autopsies de malades dyspeptiques sont rares, parce qu'on meurt, non de dyspepsie, mais d'une maladie intercurrente. Il y en a cependant, M. Glénard a pu, à l'Hôtel-Dieu, faire la démonstration de ses vues en ce qui concerne le prolapsus du colon transverse, de l'intestin grêle. Nous rapporterons les observations qui ont été publiées depuis qu'on s'occupe de cette question. Avant de le faire, nous résumerons comment se présentent, selon Glénard, les organes abdominaux, chez un malade atteint d'entéroptose.

Cet auteur fait d'abord observer que le tube digestif a une longueur 10 ou 13 fois plus grande qu'une ligne droite, réunissant ses deux orifices d'entrée et de sortie, la bouche et l'anus ; il était donc nécessaire que l'intestin soit relevé de distance en distance, à la manière de *badalquins* et que ces angles soient fixés à la paroi abdominale postérieure. L'intestin est en effet fixé à cette paroi en 6 points par le péritoine ; et, entre ces points, il forme des anses plus ou moins longues, terminées par des angles et communiquant entre elles par des orifices.

1^{re} anse : œsophage et estomac ; orifice gastro-duodénal ;

2^e anse : anse duodénale et orifice duodéno-jejunal ;

3^e anse : iléo-colique (intestin grêle et colon ascendant), — orifice colique droit ;

4^e l'anse du colon transverse, qui doit encore être partagée en deux d'après Glénard ;

5^e anse colo-sigmoïdale et orifice sigmoïdal.

On comprend que, ces points étant solidement

fixés, si un poids assez fort vient à tirer sur deux auses voisines, l'orifice de communication pourrait être oblitéré plus ou moins, et que le cours des matières sera gêné; et, plus le point de l'intestin sur lequel la traction se fait sera solidement fixé, plus il y aura danger d'obstruction.

A ce point de vue, il faut surtout étudier l'orifice de communication du duodéum et de l'intestin grêle. Ce point de l'intestin est solidement fixé : le péritoine qui passe au devant du duodéum sans former de mésentère adhère fortement à la paroi postérieure de l'abdomen (fossette de Luvchka) ; il existe là un véritable ligament fibreux, les deux anses que cet orifice fait communiquer sont, d'un côté, le duodéum ; de l'autre l'intestin grêle avec son mésentère, son poids qui est assez considérable est diminué à l'état normal par la présence de gaz, mais, si ces gaz intestinaux manquent, l'intestin grêle, tirant par son propre poids, pourra déjà menacer l'orifice de communication. Mais il y a une autre disposition anatomique mise en lumière par Glénard, qui favorisera beaucoup cette oblitération, c'est la présence de l'artère mésentérique supérieure au devant du duodéum.

L'orifice duodéno-jejunal est placé entre l'aorte en arrière et l'artère mésentérique supérieure en avant, au moment où, peu après sa naissance de la face antérieure de l'aorte elle quitte la face postérieure du pancréas ; or, on sait que cette artère dans son trajet préintestinal, (limite classique et mobile entre le duodéum et le jejunum), est accompagnée de solides faisceaux fibreux qui descendent, parallèlement à elle, jusqu'au mésentère pour s'y épanouir, et viennent avec elle de la colonne vertébrale et du tissu cellulaire très dense situé autour de l'aorte à ce niveau. Le faisceau fibreux qui descend avec la mésentérique supérieure au-devant du duodéum est le véritable ligament suspenseur de l'intestin grêle.

Supposons un sujet avec un intestin grêle vide de gaz et formant une quinzaine de petites ansettes superposées en zigzags, dont les liquides augmentent le poids et la déclivité, et dont la masse (le grêle vide pèse 500 gr.) est en partie tombé dans le petit bassin : si on soulève le mésentère au niveau de la partie moyenne de son insertion, on verra que ce mésentère donne la sensation d'une corde, qui, tirée de bas en haut, soulève le mésentère et le paquet de l'intestin grêle, et, tirée de haut en bas, fait saillie en avant du duodénum et abaisse le diaphragme, et par lui, le foie, tellement est solide son insertion supérieure au-dessous du duodénum.

Il en résulte, de toute évidence, que, chez ce sujet, c'est-à-dire, lorsque le grêle est vide, l'orifice duodéno-jéjunal est écrasé entre la colonne vertébrale par un ligament soutenant un poids minimum de 500 gr., et que, dans ces conditions sur le vivant, lorsque le grêle est vide de gaz et prolabé le duodénum, pour chasser son contenu dans le jejunum, devra soulever un poids minimum d'un 1½ kilogramme.

Pour résumer, on peut dire : l'orifice duodéno-jéjunal qui fait communiquer les deux segments physiologiques du tube digestif (celui qui sécrète et digère, et celui qui absorbe), est l'orifice dont le siège est le plus fixé, et dont la perméabilité est la plus exposée cela doit avoir sa raison d'être et ses conséquences.

Raison d'être : Par cette disposition, le duodénum est transformé en un second estomac ; c'est alors une poche dans laquelle le suc pancréatique la bile et le produit des glandes Brünner séjournent et agissent sur les aliments qui sont versés dans cette poche par l'estomac ; les aliments séjournent dans le duodénum pour subir l'action de ces différents sucs.

Conséquences : Si, comme nous l'avons exposé

plus haut, le cours des matières est compromis au niveau de l'orifice duodéno-jéjunal, les aliments séjourneront dans le duodénum ; il y aura d'abord dilatation du duodénum et ensuite, dilatation de l'estomac par gêne ; le duodénum se vidant mal, l'estomac se vide mal à son tour ; il y donc dilatation de l'estomac secondaire. Et ce n'est pas là une simple vue de l'esprit, on a pu observer de véritables obstructions intestinales par ce mécanisme. Une observation de M. Nicaise, publiée dans la *Revue de Chirurgie* est particulièrement instructive sous ce rapport. La voici :

CAS RARE D'OCCLUSION INTESTINALE
COMPRESSION DU JEJUNUM, DILATATION DE L'ESTOMAC
ET DU DUODENUM, SYMPTÔMES D'OCCLUSION INTES-
TINALE, par M. NICAISE.

*Leçon clinique faite à l'Hôpital Laennec ,
recueillie par M. Gioux, interne du service.*

Messieurs, un malade dont l'histoire est intéressante et curieuse a succombé le 18 mars, dans notre service. Il s'agit d'un garçon de dix-huit ans, journalier, entré le 12 mars dans le service de M. Legroux, pour des troubles digestifs. Le malade n'a pu donner que peu de renseignements sur ses antécédents.

Il a eu, il y a deux ans, un chancre mou et à la suite une adénite suppurée, dont on retrouve encore la cicatrice dans l'aîne droite.

Il y a un an, il est entré à l'hôpital Necker pour des accidents analogues à ceux qu'il a présentés cette dernière fois, mais cependant un peu moins accusés. Il aurait eu un ictère et aurait été considéré comme atteint de coliques hépatiques. Il prétend même qu'il aurait rendu des calculs biliaires dans ses selles. Mais ces renseignements sont peu précis. Le fait capital à retenir, c'est

qu'il y a un an, il a été pris d'accidents sérieux du côté de l'abdomen.

La maladie actuelle a débuté le 8 mars. Il était dans une profonde misère sans profession déterminée. Il a travaillé jusqu'au 7 mars, le 8, il a éprouvé du malaise. Le 9, les accidents ont revêtu une certaine gravité. Depuis ce jour, il n'a pas eu de selles et n'a pas rendu de gaz par l'anus ; il a commencé à éprouver des douleurs abdominales.

Le 10 mars, les vomissements surviennent pour la première fois. C'est alors qu'il se rend à l'asile de nuit, n'ayant pas de domicile ; les accidents continuent et il est amené le lendemain matin à l'hôpital Laënnec dans le service de mon collègue et ami M. Legroux.

Le 12, facies abdominal, poulx petit, fréquent ; température 37°, urines peu abondantes.

L'abdomen est rétracté, en bateau, forme, qu'il a du reste conservé pendant presque toute la durée de la maladie ; il est dur, mat à la percussion, sauf au niveau de l'hypocondre gauche. Les douleurs siègent surtout au-dessus de l'ombilic. Le malade se plaignait bien de tout l'abdomen, mais quand on lui a demandé de préciser le siège de ses douleurs, il portait toujours la main au-dessus de l'ombilic. Le foie était peu volumineux, le fait a été constaté à l'entrée du malade à l'hôpital et vérifié à l'autopsie, et c'est précisément l'existence de ce foie paraissant tout à fait physiologique, de la vésicule biliaire normale, qui nous a porté à douter de l'exactitude des renseignements fournis par le malade sur les prétendues coliques hépatiques de l'année dernière. Ce n'est pas là le foie de malades atteints de lithiasie biliaire.

Le jour de son entrée, vomissements assez abondants ; on constate dans l'aîne *gauche* la présence d'une petite tumeur dure, sensible au toucher. Elle avait commencé bien avant le 10 mars et datait déjà d'une quinzaine de jours. Le malade

ne s'était jamais plaint d'une hernie, cependant on songea à la possibilité d'une petite hernie crurale. Le diagnostic était rendu d'autant plus difficile que la coïncidence des accidents locaux et généraux donnait une certaine vraisemblance à cette supposition.

On donne au malade un lavement glycérimé, qui reste sans effet.

Le 13 mars. — Purgation avec 20 gr. d'huile de ricin, dont l'ingestion est suivie de vomissements abondants dans lesquels on retrouve l'huile ingérée.

Le ventre est toujours rétracté, douloureux. Cataplasme, injection de morphine.

Le 14 mars. — L'état général s'aggrave. Le facies abdominal s'accentue, les yeux s'excavent. C'est ce jour-là que nous vîmes le malade pour la première fois avec M. Legroux. Les symptômes généraux et locaux ne laissaient guère de doute sur l'occlusion intestinale. Mais s'agissait-il d'une obstruction simple, d'une péritonite tuberculeuse, d'un véritable étranglement ou d'une occlusion par calcul biliaire ? Le diagnostic était difficile, et était rendu encore plus hésitant à cause de la forme du ventre, excavé, rétracté et non ballonné. Nous ne pouvions songer de prime-abord à faire la laparotomie. Mais comme il y avait une tumeur dans l'aîne, que cette tumeur pouvait être une hernie, je pensai qu'il serait indiqué de l'inciser si les accidents persistaient, et je crois encore que c'est ce qu'il convient de faire quand on est dans le doute, car l'opération faite antiseptiquement ne présente pas le moindre danger et sert surtout au moins à éclairer le diagnostic. Je me suis, du reste, trouvé déjà en face d'un cas analogue ; il s'agissait d'une petite tumeur crurale, pédiculée, douloureuse, et le diagnostic était incertain. J'opérai, et je tombai sur une petite hernie crurale. Ces cas sont parfois difficiles, et dans le fait actuel, même après l'incision, le ganglion en-

fermé dans une coque et entouré de sérosité pouvait encore donné l'illusion d'une petite hernie.

En définitive, pour ce jour-là, notre conclusion fut qu'il fallait différer toute opération et nous prescrivîmes : l'évacuation de l'estomac par le cathétérisme de l'œsophage, la diète absolue et des injections sous-cutanées de 0,005 m. de chlorhydrate de morphine toutes les trois heures. A peine permettons-nous quelques cueillerées à café de liquide pour tromper, plutôt que pour calmer la soif. Un premier cathétérisme fut fait et donna issue à environ deux litres de liquide verdâtre; l'estomac fut ensuite lavé avec une solution alcaline, et le liquide ressortit avec une teinte verdâtre, mais en quantité un peu moindre que la quantité introduite. Le malade avait au moment du cathétérisme le tronc soulevé par des oreillers.

A la visite du soir, nouveau cathétérisme qui donne issue à trois litres de liquide verdâtre; le malade était alors presque horizontal, sur son lit, le tronc à peine soulevé, cette évacuation le soulagea.

Le 15 mars, obligé d'aller en province, il me fut impossible de venir à l'hôpital. Mon collègue et ami, M. Schwartz, voulut bien visiter le malade. Il fut aussi d'avis de découvrir la tumeur crurale et procéder à l'opération; il s'agissait d'un ganglion caséux.

Ce jour-là, le traitement consiste en eau vineuse potion de Tood, une injection de morphine.

Le malade fut très agité, il rendit 400 gr. d'urine seulement.

Le 16 mars, le ventre était plus saillant, surtout au niveau de l'estomac, douleur dans le côté gauche, mais pas de vomissements; c'est cette absence de vomissements qui nous a conduit à laisser le malade prendre des boissons, au lieu de le maintenir à la diète absolue; le ventre est toujours excavé, au niveau des flancs surtout. Je

pense que, dans l'occlusion intestinale, le repos absolu du tube digestif et la diète complète, même de liquides, doivent être prescrits jusqu'au moment où l'on doit intervenir chirurgicalement, ou jusqu'à ce que le diagnostic soit précisé. Un fait encore était à remarquer chez ce malade, je veux parler de la conservation de l'élasticité de la peau. La perte de cette élasticité est un des premiers signes qui se montre dans l'étranglement intestinal, et sa persistance chez notre malade me portait à penser qu'il n'y avait pas véritablement étranglement. Le pli fait à la peau disparaissait rapidement les extrémités étaient cyanosées, mais elles conservaient encore un peu de chaleur. La langue était chaude. Urines rendues : 480 gr.

Le 17 mars. — La soif est vive, le ventre distendu à la partie supérieure, mat à la partie inférieure, la langue est toujours chaude. Le malade est agité, veut se lever, pousse des cris de temps à autre. Il prend dans son lit une attitude spéciale. Il est appuyé sur les genoux, et sur les coudes ou les épaules, dans le décubitus genu-pectoral, de façon à avoir toujours le bassin plus élevé que la région diaphragmatique. Cette position semblait le soulager et l'autopsie nous en a fourni les raisons. Urines : 380 gr. Le malade a eu de l'incontinence d'urine dans le courant de la journée. Infusion de café, Tood, morphine.

Le 18 mars. — Onzième jour de la maladie ; l'état général est encore plus mauvais. Les cris et l'attitude sont les mêmes. Electrification faradique sans résultat. Ventre douloureux, mat, sauf au niveau de l'hypocondre gauche, poulx à peine perceptible, facies grippé, yeux excavés ; à huit heures du soir, vomissement très abondant de liquide brunâtre, d'odeur fétide. Injections d'éther. Mort à onze heures du soir.

Ainsi, en résumé, pas de selles ni de gaz du 9 au 18. Le 15, le 16, le 17, pas de vomissements ; ils sont revenus seulement tout à fait à la fin de

fa vie. Le ventre a été excavé, dur et mat, quoique pas saillant dans les derniers moments. Douleurs abdominales diffuses, mais à maximum au niveau de l'épigastre, cris plaintifs, langue rétractée, chaude, pouls fréquent, petit, incomptable, température variable, oscillant de 37°2 à 37°8, mais ne tombant jamais au-dessous de 37°. Peau relativement chaude, élastique quoique cyanosée, facies grippé, abdominal, enfoncement des yeux, attitude spéciale, tels sont les symptômes principaux que nous a présentés ce malade. Ils sont bien suffisants pour démontrer l'existence d'une occlusion intestinale, mais rien ne permettait de juger de la cause de cette occlusion,

L'existence d'un ganglion caséeux, trouvé lors de l'incision crurale, pouvait faire penser à une péritonite tuberculeuse. Mais dans la péritonite tuberculeuse, il y a rarement de la rétraction de la paroi abdominale; ce sont plutôt la paralysie intestinale et la distension de l'intestin qui amènent les symptômes d'occlusion dans cette affection.

A l'autopsie, nous n'avons pas trouvé trace de péritonite, ni exsudat, ni fausses membranes, ni épanchements, mais un estomac considérablement dilaté qui remplissait le ventre, cachant derrière lui tous les autres organes.

Il formait une sorte d'outre dont le grand diamètre allait de l'hypocondre gauche à la fosse iliaque droite et mesurait 32 centimètres de long le diamètre transversal était de 20 centimètres; l'estomac descendait jusqu'à 0,05 cent., audessus du pubis. Le pyllore et le duodenum dans toute sa longueur, jusqu'aux vaisseaux mésentériques, étaient aussi très dilatés. Le duodenum dévié et redressé était appliqué le long de la petite courbure également redressée; il y avait entre lui et l'estomac un sillon vertical assez profond. On fait une ponction pour évacuer l'estomac et l'on donne issue à quelques gaz et à une énorme

quantité de liquide verdâtre peu odorant. L'examen de la cavité abdominale est alors possible; on constate que tout l'intestin, réduit à l'état d'un cordon compact, et complètement vide, aussi bien de matières, que de gaz, sauf dans le cœcum où l'on sent deux ou trois petites boules fécales de la grosseur d'une noisette environ; le jéjunum et l'iléon sont donc rétractés et vides, mais ils présentent en outre une teinte violacée noirâtre et cette coloration s'explique par les troubles circulatoires dus à la tension subie par le cordon de vaisseaux mésentériques.

La résistance plus grande de la paroi artérielle à la compression permettait l'abord facile du sang rouge, tandis que la circulation en retour, à cause de la dépressibilité plus grande des parois veineuses, était gênée et incomplète. Cette teinte était bien moins accentuée au niveau du gros intestin. L'appendice iléo-cœcal présente à son milieu un noyau qui ressemble par ses caractères extérieurs à un foyer tuberculeux et qui a été recueilli pour être soumis à l'examen histologique.

Mais la lésion capitale, la cause des accidents, c'est l'altération du mésentère. Il adhère ainsi que l'intestin à la circonférence du bassin, à droite de l'angle sacro-vertébral, et le point adhérent de l'intestin est à 10 centimètres de l'embouchure de l'iléon dans le cœcum. Cette particularité est à retenir. Si maintenant on relève le paquet intestinal placé tout entier dans le petit bassin et qu'on le rejette à droite, on constate alors nettement, dans le sinus gauche formé par l'intestin du mésentère à la colonne vertébrale, de petites lamelles fibreuses, minces et lisses qui s'étendent depuis son extrémité inférieure jusqu'à l'extrémité supérieure du Jéjunum, qui est lui même entouré et immobilisé plus solidement qu'à l'état normal, par de minces lamelles fibreuses. La conséquence de ces

adhérences, c'est une diminution de la mobilité du mésentère et du jéjunum. En passant le doigt sous les vaisseaux mésentériques au niveau du point où ils croisent le jéjunum, on sent que ce dernier est serré, comprimé par une corde tendue dont l'extrémité supérieure correspond, je le répète, à l'origine de l'artère mésentérique, l'inférieure à la circonférence du bassin, au point où se font les adhérences du mésentère et de l'intestin. A l'état normal, la ligne d'insertion du mésentère à la paroi postérieure de l'abdomen se dirige obliquement en bas, en dehors et à droite, de façon à laisser à l'intestin grêle une grande mobilité et la possibilité d'être déplacé à droite ou à gauche. Mais ici la présence de lamelles fibreuses gênait et diminuait la mobilité du mésentère et de l'extrémité supérieure du jéjunum.

De plus l'adhérence du mésentère au pourtour du bassin se trouvait exactement dans la direction du tronc de l'artère mésentérique. C'est une particularité sur laquelle j'appelle votre attention; car c'est à l'existence de la tension du mésentère par ces adhérences qu'était due la compression de l'intestin grêle à son passage sous l'artère mésentérique; cette compression a été rendue possible par le siège de l'adhérence au bassin, la tension se faisant dans l'axe du tronc mésentérique.

Par suite des rapports du jéjunum avec l'artère mésentérique et l'extrémité supérieure du mésentère on est surpris de ne pas rencontrer plus souvent la compression de cet intestin au niveau du point où il passe derrière l'artère.

Par un examen attentif, on ne trouva sur le jéjunum aucune trace de rétrécissement portant sur les parois de l'intestin, ni la présence à ce niveau d'aucun anneau ou bride fibreuse appliqué immédiatement sur l'intestin. Le seul obstacle à la circulation des matières intestinales était dans la compression exercée par l'artère mésentérique tendue par l'adhérence au bassin. Cet obs

tacle a dû agir lentement, progressivement et déterminer plusieurs fois des troubles digestifs; c'est à lui que nous sommes disposé à rattacher les accidents qui ont conduit l'an dernier le malade à Necker.

J'ajouterai qu'à l'autopsie, l'intestin grêle, totalement vide de gaz formait une masse pesante, occupant l'excavation du petit bassin. Par son poids, il exerçait une traction considérable sur le mésentère et le pédicule des vaisseaux mésentériques, traction qui venait s'ajouter à l'action des adhérences du mésentère et participer à la compression du jéjunum. Ce fait met en évidence un des rôles que remplissent les gaz de l'intestin grêle. Si l'intestin n'était pas distendu par les gaz, il serait entraîné par l'action de la pesanteur, descendrait dans le petit bassin, et tirerait de tout son poids sur le pédicule mésentérique; tandis qu'à l'état normal, grâce aux gaz qui le distendent, l'intestin se relève dans l'abdomen, et fait l'office d'un ballon qui, fixé au bord libre du mésentère, le soustrait à l'action de la pesanteur, le soulève et l'empêche de s'appliquer sur la colonne vertébrale. Ce soulèvement du mésentère a pour effet d'écarter l'artère mésentérique du jéjunum.

On peut encore tirer un autre enseignement de l'état de l'intestin chez notre malade. L'absence totale de gaz, depuis 11 jours que durait la maladie, semblerait faire croire que les gaz ne se forment pas dans l'intestin, ou du moins qu'il ne se fait pas de dégagement de l'acide carbonique du sang, mais qu'ils viennent de l'estomac, de l'air dégluté et des transformations des matières ingérées.

Donc, pendant ces 11 jours qu'a duré la maladie, comme il ne s'est pas échappé de gaz par l'an us, il paraît logique d'admettre qu'il n'y a pas eu d'excrétion gazeuse, ni de dégagement d'acide carbonique du sang à travers les parois de l'in-

testin et pourtant il y avait une congestion intense de l'intestin grêle par le sang veineux.

Enfin, l'estomac était dilaté, énorme, si bien que le pylore était situé au-dessus de la fosse iliaque droite. L'estomac devait par son poids comprimer le jéjunum, à cheval sur la colonne vertébrale, et ajouter son effet à celui de la bride mésentérique. Je remarque encore que le malade avait cessé de vomir, quoique son estomac fût rempli de liquide, mais celui-ci avait perdu sa contractibilité, et ne pouvait plus chasser son contenu à travers le jéjunum légèrement comprimé, comme aurait pu le faire un estomac vigoureux. La dilatation stomacale a donc pu agir de deux façons différentes :

- 1° L'estomac distendu comprimant le jéjunum ;
- 2° L'estomac impuissant ne pouvant vaincre la compression subie par le jéjunum.

Essayons maintenant de rétablir la filiation des accidents.

L'adhérence du mésentère qui a constitué une corde dans la direction des vaisseaux mésentériques est assurément le point de départ des accidents. Grâce à la traction subie par l'artère mésentérique, le jéjunum fut comprimé ; l'estomac et le duodénum purent vaincre d'abord la résistance due à cette compression, mais peu à peu ils se dilatèrent, comme toute portion du tube digestif se dilate au-dessus d'un point comprimé ou rétréci ; la dilatation porta sur le duodénum et sur l'estomac et atteignit des proportions considérables ; à la fin, ces deux cavités n'en faisaient plus qu'une, le pylore était devenu insuffisant. Tant que l'estomac put vaincre la résistance du jéjunum, les accidents furent de peu d'importance. Mais quand l'estomac fut devenu impuissant, la circulation des matières intestinales se trouva arrêtée et les symptômes d'occlusion se montrèrent. La dilatation et l'impuissance de l'estomac ont pu être exagérées par un excès de

boisson et l'on peut attribuer à cette cause le développement de la dernière crise qui a enlevé le malade.

Nous pouvons donc tirer de ce fait bien des enseignements. Au point de vue du diagnostic d'abord :

1° La disposition du ventre en forme de bateau avec saillie de l'hypocondre gauche et de l'épigastre peut faire penser à la possibilité d'une occlusion siégeant au niveau de l'extrémité supérieure de l'intestin grêle ;

2° Dans toute occlusion, il faut explorer l'estomac avec soin, déterminer ses limites aussi exactement que possible et rechercher le clapotement stomacal ;

3° L'absence de vomissement peut tenir à la dilatation excessive de l'estomac devenu impuissant ;

4° La conservation de l'élasticité de la peau et le manque d'algidité peuvent être dus, comme dans notre cas, à ce qu'il n'y a pas de constriction de l'intestin, mais simplement compression et par suite arrêt des matières intestinales.

En résumé, ce malade a succombé à une occlusion intestinale par compression au niveau de la partie supérieure de l'intestin grêle, et toute son histoire doit nous confirmer dans cette opinion que dans tout étranglement intestinal, il ne faut donner ni purgatif, ni lavement purgatif. Cette règle est absolue, s'il y a étranglement intestinal. S'il y a des symptômes d'occlusion et que la cause en soit inconnue, la même règle doit être appliquée, il ne faut pas prescrire de purgatif, mais la diète absolue même de liquide, et des injections de morphine. Ces principes seront appliqués jusqu'au moment de l'opération, ou jusqu'au moment où le diagnostic sera porté.

Dans le cas d'occlusion, il convient en général de faire l'évacuation de l'estomac avec le tube de Faucher, mais c'est tout à fait indispensable lors-

que le malade a pris des purgatifs. Le cathétérisme de l'œsophage est une opération inoffensive. Je ferai remarquer que pour être certain de vider complètement l'estomac, il faut avoir soin après l'introduction du tube, de faire coucher le malade horizontalement sur son lit et même d'élever un peu son bassin ; car dans le cas de dilatation de cet organe, l'extrémité du tube n'arrive pas jusqu'au fond de la cavité où des matières peuvent séjourner.

Quant au lavage de l'estomac, il n'a pas la même importance que l'évacuation, et je crois qu'il faudrait l'employer avec réserve et le faire avec de petites quantités de liquide si l'on voulait parfaire le curage de l'estomac et exciter les contractions musculaires. Une dernière remarque en terminant. Je vous ai dit que les gaz de l'intestin grêle soulevaient le mésentère et écartaient ainsi l'artère mésentérique du jéjunum. S'il était démontré que les gaz injectés dans le gros intestin passent dans l'intestin grêle, on pourrait supposer que plusieurs cas de guérison d'une occlusion, par insufflation d'air ou de gaz se rapportent à des malades ayant une compression du jéjunum.

Un dernier mot : le décubitus genu-pectoral soulageait le malade, car dans cette position l'estomac pressait sur la paroi abdominale antérieure et moins sur le jéjunum ; de plus, l'intestin grêle tirait moins sur la corde mésentérique.

(Revue de chirurgie, 1885, page 310).

Nicaise a trouvé chez son malade une disposition qui est loin d'être rare ; seulement, elle n'atteint pas toujours le même degré ; il y a rarement occlusion intestinale aiguë, mais il y a souvent une gêne chronique dans le cours des matières ; c'est ce qui explique la constipation opiniâtre que nous avons donnée comme un des signes fréquents, constants chez notre malade. Il y a d'ailleurs là un cercle vicieux : la sténose

intestinale, par absence de gaz, produit la constipation en obstruant l'orifice duodéno-jéjunal, et la constipation, augmente le poids de l'intestin grêle et par conséquent l'obstacle que le duodénum aura à surmonter. Ce qui explique aussi pourquoi l'abdomen est mat à la percussion.

Passons maintenant à un autre segment de l'intestin, au colon qui nous intéresse plus particulièrement, puisque c'est lui qui nous a fourni les signes objectifs les plus importants (corde colique transverse, cordon iliaque et boudin cœcal). Comment se présente-t-il à l'autopsie? Quelle est l'anatomie normale du colon transverse dans sa conformation extérieure et ses rapports?

« Comparé à l'intestin grêle, il s'en distingue au premier abord par son calibre beaucoup plus grand. Le gros intestin, constitué à son origine par une extrémité arrondie, dans laquelle vient s'ouvrir obliquement la partie terminale de l'intestin grêle, occupe d'abord la fosse iliaque droite, qu'il remplit à lui seul lorsqu'il est dilaté. De là il se porte presque verticalement en haut, dans le flanc droit, puis dans l'hypochondre droit où il s'incline en avant, afin d'atteindre le bord tranchant du foie et la vésicule biliaire. Devenu superficiel de profond qu'il était, on le voit alors s'infléchir, à angle droit ou obtus, en décrivant une courbe sinueuse, puis cheminer transversalement de droite à gauche, entre la région épigastrique et la région ombilicale, parallèlement à la grande courbure de l'estomac, au-dessous de laquelle il se trouve placé, et s'avancer dans l'hypochondre gauche jusque sous l'extrémité inférieure de la rate. Là, il se réfléchit une seconde fois en se contournant aussi, s'enfonce dans le flanc gauche, se replie dans la fosse iliaque correspondante à la manière d'un S italique...

Plus loin :

Il résulte de ce trajet :

1° Que le gros intestin décrit un cercle presque complet, dans lequel se trouve inscrite toute la masse flottante de circonvolution de l'intestin grêle... »

(Sappey. *Anatomie descriptive.*)

Comment se présente le gros intestin à l'autopsie chez les dyspeptiques? Nous rapporterons ici les conclusions de M. Glénard :

« Le coude gauche du colon transverse et le colon descendant sont toujours à leur place; d'un autre côté, le colon ascendant et le coude droit, fréquemment abaissés ne dépassent jamais en dedans une ligne tirée de l'extrémité droite de la 9^e côte (pylore) au bord interne du cœcum, du moins je ne l'ai jamais vu. »

Quant au transverse, lorsqu'il est dilaté par les gaz, qu'il atteint le volume du poing, comme il s'allonge en même temps qu'il s'élargit, on peut le rencontrer dans tous les points de l'abdomen, sauf dans le flanc droit; il peut être trouvé dans le thorax, où il peut s'élever jusqu'à la 5^e dorsale, en avant du foie ou de l'estomac, à l'hypogastre, dans le flanc gauche, aussi bien qu'à son siège normal, c'est-à-dire à l'épigastre et sous les hypochondres; il peut occuper à lui seul la moitié de la cavité abdominale. Ce fait est important, non-seulement au point de vue des déviations angulaires, mais encore au point de vue de la valeur qu'il permet d'attribuer aux signes fournis par la percussion : étant donnée une région sonore, dans une zone comprise entre deux lignes transversales, passant l'une par les mamelons, l'autre par le pubis, il est impossible (sauf pour la région cœcale) d'affirmer par la seule percussion que cette sonorité n'est pas provoquée par le colon transverse. Le chirurgien qui pratique la gastrotomie ne peut pas savoir si le premier organe qui apparaîtra à travers la plaie ne sera pas le colon transverse.

« Je crois donc qu'on doit attacher une certaine importance à la recherche de la corde colique transverse, seul signe qui permette, lorsqu'on le constate, de savoir où se trouve le colon transverse et, par conséquent, où il ne se trouve pas. La constatation du battement épigastrique, d'après l'interprétation que j'en ai donnée, conduit aux mêmes conclusions. »

« On peut être très souvent, en effet, surpris de la difficulté qu'on éprouve, après avoir ouvert l'abdomen en croix, à trouver le colon transverse au milieu du paquet intestinal ; c'est l'iléon dilaté qui remplit l'abdomen, du sternum au pubis, et c'est seulement après avoir écarté ses anses que l'on finit par trouver, appliqué contre l'aorte, sur la face antérieure de la colonne vertébrale, un colon contracté, mamelonné, ayant le diamètre du pouce et dirigé transversalement au niveau de la troisième lombaire, avec son épiploon ramassé sous lui : c'est notre corde iliaque transverse. »

Plus loin :

« Fréquemment on trouve cette corde colique étroite, brusquement interrompue sur un ou deux points de son trajet par une volumineuse dilatation ampullaire, et ces ampoules du volume du poing, siègent surtout en amont des orifices sous-pyloriques, sous costal gauche ou enfin sigmoïdo-rectal, au niveau desquels il semble que l'onde de dilatation ait rencontré un obstacle à sa progression.

Enfin, si le sujet est maigre, avec l'abdomen excavé, on pourra trouver un colon partout étroit. depuis son coude droit jusqu'au rectum, un S iliaque ayant tout au plus le calibre du petit doigt. »

« La sténose peut même commencer dès le cœcum, et, dans ce cas, on voit le coude droit du transverse abaissé et le cœcum déjeté en dedans. Chez ce sujet, l'intestin grêle est également vide

de gaz, les ansettes sont massées les unes contre les autres et forment un paquet blotti dans le petit bassin, de telle sorte qu'on ne voit en avant des vertèbres lombaires que le mésentère, sous lequel se dessinerait le relief de l'aorte si elle était injectée, et les deux ou trois premières anses du jéjunum; la paroi abdominale antérieure repose sur la colonne lombaire. Plus haut, on trouve l'estomac, dont les cinq sixièmes sont à gauche de la ligne médiane, et sous lui l'anse duodénale prolabée surtout à droite, et croisée en ce point par la corde colique; celle-ci est retenue à la grande courbure de l'estomac, dont elle s'écarte bientôt pour passer devant l'aorte, décrire une anse peu prononcée et rejoindre la dixième côte gauche. De telle sorte que la direction générale du colon peut être marquée par une ligne étendue de la fosse iliaque droite à la dixième côte gauche en passant sous le pylore. »

Plus loin :

« On trouve fréquemment, ai-je dit, l'angle sous-costal droit de soutènement abaissé. Il semble qu'il y ait là vraiment une négligence de la nature, alors que cet angle eût dû être un des plus solides pour prévenir le reflux du contenu dans le cœcum, une fois qu'ils auraient été chassés dans l'anse transverse. Il n'en est pas ainsi, et j'ai observé trois malades (dyspepsie, rein mobile), chez lesquels cet angle étaient sûrement abaissé, et qui exprimaient les sensations fréquentes d'une chute de liquide, goutte à goutte, de l'hypochondre dans le flanc. On voit, assez souvent d'ailleurs, tout le péritoine pré-lombaire décollé et séparé de la paroi par les quatre organes en contact au-dessous de lui : le coude droit abaissé au niveau de l'épine iliaque, le rein droit ptosé, le cœcum et le duodénum dilaté. »

« La conséquence fâcheuse de ce prolapsus du coude droit est d'accentuer l'angle sous-pylorique du colon, d'augmenter par suite la traction qu'il

exerce sur l'estomac et de créer un obstacle à ce niveau, à la progression des contents, soit de l'estomac au duodénum, soit de la première anse transverse (confondue alors avec le cœcum) à la deuxième (sous-pylori costal). »

(GLÉNARD).

Ce que M. Glénard avance a pu être, en partie du moins, vérifié sur le vivant. M. Chapus a publié dans la *France Médicale*, une observation d'occlusion intestinale chronique, traitée par l'entérotomie. Nous ne citerons qu'une partie de cette observation, la seule qui se rapporte au sujet que nous traitons :

« J'apprends en arrivant, que malgré les lavements purgatifs donnés avec la sonde œsophagienne, le malade n'a évacué aucune matière et aucun gaz.

« Soupçonnant un obstacle, j'endors et fais une nouvelle exploration avec la sonde œsophagienne. Cette fois, je sens l'instrument arrêté nettement à une faible distance, je dilate alors l'anus et introduis une main presque entière dans le rectum, je sens au bout de mes doigts une sorte de boudin ressemblant à une invagination, je m'abstiens d'entrer ma main plus avant afin d'éviter la déchirure du rectum.

« Certain que l'obstacle au cours des matières est dans la fosse iliaque gauche, je me décide à faire la laparotomie dans cette région, afin de déterminer la nature de l'obstacle, et dans le but de le supprimer si c'est possible.

« L'incision est faite verticale, avec une longueur de 15 à 18 centimètres.

« Après quelques recherches, je découvre l'extrémité inférieure de l'Siliaque qui est de volume normal. Mais en remontant, l'intestin se rétrécit au point de ne plus présenter que le volume du petit doigt, ce rétrécissement siège sur une hauteur d'environ 25 centimètres et je ne puis arriver à en apercevoir le bout. Les tuniques de l'intestin ont leur consistance normale.

« Il était impossible de songer à une résection d'une

pareille étendue, aussi je pris le parti de refermer simplement le ventre. Le 5 novembre, la guérison de la plaie abdominale était complète.

« Le 26 novembre, j'appris qu'à plusieurs reprises le malade avait évacué du gaz par l'anús, il avait aussi rendu deux nouveaux noyaux de cerise, l'état général restait satisfaisant.

« Cette observation souleva un certain nombre de questions. Tout d'abord de quelle nature était ce rétrécissement si étendu du cõlon descendant et de S'iliague. Jamais rien de pareil n'a été observé par les auteurs, et après avoir fait quelques recherches dans la littérature, j'ai fini par rencontrer l'analogue de cette lésion dans le ratatinement que présentaient le cõlon transverse et le cõlon descendant, dans l'entéroptose de Frantz Glénard,

« Dans l'entéroptose, les fonctions des malades s'exécutent, quoique avec difficulté, et l'occlusion intestinale est l'exception.

« Ceci est d'un pronostic favorable, pour l'avenir. Il est en effet probable que les accidents de notre malade sont attribuables à la réunion du rétrécissement et des noyaux de cerises. Tel corps étranger serait innocent avec un intestin normal pourra obstruer un intestin rétréci.

France Médicale 1888, N° 151.

Nous rapportons ici une autre observation qui a été publiée par M. Cailleret, interne des Hopitaux de Lyon; il s'agit d'un malade qui a été examiné, avant sa mort, par M. Glénard; le diagnostic d'entéroptose a été posé pendant la vie et confirmé sur tous les points par l'autopsie.

OBSERVATION I.

Entéronéphroptose; pleurésie intercurrente; mort; autopsie.

G... (Marie), soixante-et-un ans, peintre, entrée le

22 novembre 1887 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 29, décédée le 8 décembre 1887.

Cette malade ne présente rien de particulier dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, elle n'accuse que plusieurs bronchites. Jamais d'hémoptysie, ni d'hématémèse. Nullipare.

Depuis deux ans environ, elle souffre de troubles gastriques qui l'ont obligée à cesser toute alimentation solide et à se mettre au régime lacté exclusif. Constantement elle avait l'abdomen ballonné, même après le moindre repas. Ces derniers temps, elle ne peut même plus supporter le régime lacté, et vomit absolument tout ce qu'elle ingère. Actuellement son état est le suivant :

Amaigrissement général. État cachectique très accentué, pouvant faire penser à l'existence d'un néoplasme malin. Pas d'œdème.

L'examen de la *région abdominale*, soit au niveau de l'épigastre, soit au niveau des hypochondres, soit dans la région péri-ombilicale, ne révèle, par la palpation ordinaire, la présence d'aucune masse solide. La palpation est absolument indolore partout.

La matité hépatique dépasse le rebord des fausses côtes de 2 centimètres environ et s'étend en avant et à droite bien au-dessous des fausses côtes. Jamais d'ictère.

La malade rejette tout ce qu'elle prend, très peu de temps après l'ingestion.

Constipation habituelle, opiniâtre.

Cœur : Les bruits sont lents, mais bien frappés. Quelques redoublements et quelques intermittences. Le poulx est dur.

Poumons : Signes de bronchite chronique et d'emphysème. Expectoration muqueuse abondante.

Urines : Anneau très léger d'albumine par la réaction de Gubler.

Traitement : Lait, eau alcaline. Lavages de l'estomac avec une solution de bicarbonate de soude à 8/1000.

25 novembre. — Par le tube de Faucher, qui semble

éprouver une certaine difficulté à pénétrer dans l'estomac, on retire une grande quantité de substances muqueuses et solides, sans odeur bien prononcée.

29 novembre. — La malade accuse un soulagement notable. Pas de vomissements. Les selles sont normales, mais encore irrégulières. Le liquide introduit par le tube dans l'estomac ne peut jamais être retiré complètement. Ce même jour, la malade est examinée par M. le docteur Fr. Glénard qui porte sur elle le diagnostic suivant :

Entéroptose, avec ectopie mobile du rein droit et avec prolapsus du foie, qui dépasse le rebord costal bien plus que ne l'indique la percussion. Entérosténose.

Par son procédé du pouce (qui donne des résultats bien supérieurs comme précision, à ceux que fournissent sur l'état de cet organe soit la percussion, soit la palpation ordinaire), M. Glénard constate, en effet, que le foie dépasse le rebord des fausses côtes de trois travers de doigts, sa consistance est normale, il est indolent, et le bord en est tranchant comme à l'état sain.

8 décembre. — Dans la matinée, la malade se plaint d'une vive douleur au côté droit du thorax. Pas de fièvre. Pas de dyspnée. Pouls : 80. Elle meurt dans la soirée.

Autopsie : Pratiquée le 10 décembre en présence de MM. les docteurs Humbert Mollière, Fr. Glénard, le professeur Bondet, le professeur Mayet et le docteur Vinay, agrégé.

A l'ouverture du *thorax*, on constate, dans la plèvre droite, un épanchement non purulent, remontant jusqu'à la quatrième côte.

Poumons : emphysémateux, le gauche particulièrement. Nombreuses adhérences pleurales à gauche.

Cœur : petit, gras. Pas de lésions d'orifice. Légère dilatation de l'aorte (crosse), pas de plaques athéromateuses.

A l'ouverture de l'*abdomen*, la disposition anormale des organes est frappante.

L'*estomac*, sans être notablement dilaté, a son grand

axe dirigé verticalement, et son grand cul-de-sac, très abaissé, arrive à peu près au niveau de la fosse iliaque gauche.

Il présente, en outre, une forme biloculaire des plus nettes, comme nous l'allons dire.

Le *foie* qui est également prolabé, recouvre la majeure partie de l'estomac; et si on soulève le foie, on trouve la partie supérieure de l'estomac séparée de la partie inférieure, qui, elle, est à découvert, par une partie légèrement rétrécie, correspondante à la partie moyenne de l'estomac.

On constate également un sillon sur la face antéro-latérale du foie.

Le *côlon transverse*, au lieu d'être étendu transversalement au-devant de l'estomac dans la région sus-ombilicale, est au contraire situé beaucoup plus bas dans la région sous-ombilicale.

De plus, son volume n'est pas ce qu'il est d'habitude; il présente un diamètre bien moindre que celui de l'intestin grêle, il est tout au plus du calibre du doigt médius; enfin ses parois sont notablement épaissies.

Dans l'*hypochondre droit*, ce qui frappe surtout, c'est la présence anormale du *rein* à la superficie des organes abdominaux, dans un espace limité en haut par le foie, en bas par le côlon transverse, en dedans par le duodénum. Ce rein est absolument mobile, et l'on reproduit, sur le cadavre comme chez le vivant, très nettement les signes caractéristiques du troisième degré de l'ectopie rénale, à l'aide de la recherche de cette ectopie par la méthode de palpation de M. Fr. Glénard (affût, capture, échappement).

Si on soulève le foie et l'estomac, on aperçoit dans sa situation normale, c'est-à-dire appliquée contre la colonne vertébrale, la *capsule surrénale droite*, qui est séparée du rein correspondant mobile par un espace de plusieurs centimètres; le rein a perdu ainsi toute connexion avec cette capsule.

L'*hiatus de Winslow* est notablement agrandi et allongé de haut en bas; on y introduit facilement trois doigts juxtaposés.

L'angle d'union du côlon ascendant avec le côlon transverse est fortement abaissé et situé tout à fait dans la profondeur de la fosse iliaque droite; la crête iliaque le dépasse de deux travers du doigt.

L'angle d'union du côlon transverse avec le côlon descendant occupe à peu près son siège normal.

Le *cæcum* n'est pas notablement plus dilaté que d'habitude, mais son diamètre contraste avec celui du côlon transverse, qui se rétrécit brusquement après le côlon ascendant.

La *face interne de l'estomac* ne présente pas d'altération notable.

Le *rein droit* présente à la coupe quelques points de sclérose, et une congestion plus ou moins diffuse; il est légèrement rétracté et plus volumineux que le rein gauche qui, à la coupe, présente absolument le même aspect.

Gazette des Hôpitaux, 1888, N° 109.

Ainsi donc, la lésion la plus importante et la plus constante, c'est la chute du coude droit du côlon transverse (entéroptose du côlon transverse, entérosténose, corde colique transverse, intestin grêle lténosé, vide de gaz, prolabé dans le petit bassin, ectopie rénale).

Tous les viscères abdominaux peuvent être atteints dans leur suspension; il faut donc dire qu'il y a splachnoptose généralisée. Au point de vue pathogénique, c'est l'entéroptose du coude droit du côlon transverse qui est la plus importante; quand elle existe, il y a un syndrome clinique caractéristique, tel que nous l'avons décrit.

La néphroptose peut exister à un degré très manifeste, sans que le malade s'en doute, sans qu'il y ait ni troubles digestifs ni troubles nerveux; on peut en dire autant de l'hépatoptose, de la splénoptose. Mais, dès que l'entéroptose s'y ajoute, des signes subjectifs apparaissent, ces signes que M. Glénard appelle mésogastriques,

car il s'agit de sensations douloureuses que le malade localise lui-même au niveau de l'ombilic, entre l'estomac et le ventre, comme il le dit. Nous croyons, d'un autre côté, qu'un grand nombre de prolapsus utérins et de déviations utérines doivent être envisagés comme une métroptose. D'ailleurs, nous devons dire que, cliniquement parlant, on trouve souvent chez ces malades, atteintes d'entéroptose, des déviations utérines, et souvent même, on les traite comme tels.

Il est évident qu'il y a là un vice général de la statique abdominale, dénotant une prédisposition générale au relâchement de ligament dont le rôle est de soutenir et de fixer les viscères abdominaux. C'est une hernie de viscère, qui, au lieu de quitter la cavité abdominale par un de ses orifices ou canaux, se fait sur place dans l'intérieur même de la cavité abdominale.

Quelle est la cause ? La cause première, immédiate, c'est le relâchement de la paroi abdominale à l'état normal et physiologique, il existe un équilibre entre la tension intra-abdominale et la tonicité des muscles de la paroi abdominale, la tension intra-abdominale étant d'ailleurs déterminée et maintenue par les gaz intra-abdominaux.

Si la distension prolongée de la paroi abdominale amène à la longue un relâchement, un affaiblissement prolongé de cette paroi qui n'est plus apte alors à maintenir les viscères abdominaux à leur place ; si, d'un autre côté, il y a trouble dans la production gazeuse des actes digestifs, nous verrons l'équilibre physiologique rompu, les viscères abdominaux mal soutenus s'abaisser, tomber, tirer sur leurs ligaments. De plus, comme la statique, la suspension d'un organe abdominal est étroitement liée à celle de viscères voisins, la fixation, à l'état physiologique par le repli du péritoine n'ayant été obtenu qu'à ce prix, la ptose d'un organe quelconque amène forcément celle des autres à la longue. Ainsi toutes les causes qui

tendront à affaiblir la paroi abdominale doivent jouer un rôle dans la pathogénie de l'entéroptose en particulier et la splachnoptose en général. Couches répétées, haumatismes, efforts répétés, phlegmasie de viscères intra-abdominaux, péritonite généralisée ou locale. On sera frappé de voir que l'étiologie de splachnoptose ressemble beaucoup à celui de hernies acquises : ce sont là des lésions de même nature et d'étiologie commune.

CHAPITRE III

Diagnostic et Traitement

En traitant le diagnostic de l'entéroptose, nous serons bref, car nous serions obligé de tomber dans des répétitions.

On peut poser en principe que, chez tout malade se plaignant de ces troubles vagues, qu'on a désignés sous le nom de neurasthénie, il faut soupçonner l'entéroptose. Chez les névralgiques à douleurs de toutes formes et de tous sièges, chez les faux cardiaques à palpitations, sans lésion appréciable, chez les hypo-chondriaques, chez les vésaniques, sujets aux scrupules, aux idées noires, à l'obsession, et surtout chez les malades femmes de cette catégorie, on doit chercher l'entéroptose ; on trouvera peut-être autre chose ; tous les malades, bien entendu, ne rentrent pas dans le cadre de M. Glénard ; mais plusieurs très probablement lui appartiendront et relèveront de son traitement, à leur grande satisfaction (1). Comment les reconnaître ? Il faut s'occuper d'abord des troubles digestifs : constipation habituelle, interrompue, de temps en temps, par des débâcles diarrhéiques ; parfois, diarrhée habituelle ; bouche amère, pâteuse ; langue sale, flatulence, etc ; tous les signes de la dyspepsie, telle qu'elle a été décrite magistralement par Chomel. Parmi ces signes, il en est deux auxquels il convient d'attacher une importance particulière : 1° l'intolérance pour le lait, qui est mal digéré, alors même qu'il ne répugne pas au malade ; 2° une insomnie parti-

(1) Feréol.

culière ; le malade s'endort bien en se couchant, mais, entre 2 et 4 heures du matin il est réveillé par un malaise variable dans son expression, mais qui ne lui permet plus de se rendormir, si ce n'est que deux ou trois heures plus tard.

Quant ces deux symptômes existent avec les autres, on peut presque à coup sûr diagnostiquer l'entéroptose.

Beaucoup de ces malades accusent une sensation de poids à l'estomac, de défaillance, de délabrement, surtout quand ils sont debout, où quand ils ont fait une marche prolongée ; quelques-uns disent que leur estomac s'allonge, descend dans le bas-ventre, sensation fort exacte et absolument caractéristique. D'autres ont des vertiges, des menaces de syncope, surtout quand ils se tournent dans leur lit, du côté droit.

Mais tous les signes subjectifs ne sont que des signes de probabilité, pour qu'il y ait certitude, il faut trouver les signes objectifs caractéristiques que nous avons déjà décrits : corde colique transverse en écharpe, cordon iliaque gauche, boudin cœcal, on cherche ensuite l'ectopie rénale. Lorsqu'on a reconnu par le palper, la présence de la corde colique transverse, l'entéroptose est constatée, elle est certaine. Mais quelque importance que présente ce signe, il faut s'en passer pour faire le diagnostic, parce que, très souvent, chez les obèses surtout, il sera impossible de la sentir. A quoi donc s'attacher pour connaître l'entéroptose ? Il existe un autre signe subjectif et objectif en même temps, que nous avons omis, avec intention, de signaler en présentant le tableau clinique de la maladie ; c'est un signe très important au point de vue du diagnostic et qui nous permettra de tirer toutes les indications du traitement. Ce signe, c'est ce que Glénard appelle l'épreuve de la sangle. Le malade étant debout, on se place derrière, on place les bras sous leurs aisselles et on appuie les deux mains à plat sur le

bas-ventre, en pressant de bas en haut, de manière à soulever tout le paquet intestinal. Le malade déclare qu'il est instantanément soulagé, qu'il respire mieux, se sent plus léger, que la sensation de délabrement est disparue. Ceci fait, on écarte les mains, on laisse les viscères redescendre dans leur position habituelle ; instantanément aussi, chez le malade reparaît les tiraillements, le sentiment de défaillance.. Lorsque cette double épreuve réussit, on peut dire qu'il y a entéroptose.

Que faut-il faire ? Tout d'abord organiser un appareil, un bandage qui, appliqué convenablement, fasse ce que les mains viennent de faire dans l'épreuve de la sange. Cette expérience prouve une fois de plus que, ce qu'il faut combattre, c'est le relâchement de la paroi abdominale, c'est le prolapsus intestinal ; la paroi abdominale étant insuffisante, il faut suppléer à son manque de tonicité : et, pour cela, appliquer une ceinture hypogastrique, qui comprime le ventre et les flancs, de bas en haut, on arrivera ainsi à rétablir l'équilibre que nous avons montré être rompu. Cette indication est très bien remplie par la ceinture-sangle de M. Glénard ; telle qu'il l'applique, et telle que nous l'avons vue appliquée dans le service de M. Féréol.

On peut commencer par appliquer au malade une ceinture fabriquée avec une bande de flanelle faisant quelques tours bien serrés. Si le malade trouve du soulagement, on lui appliquera ensuite la ceinture de Glénard. Fabriquée avec un tissu élastique, elle prend un point d'appui sur les os iliaques, les sous-cuisses faits en caoutchouc, sont fixés en avant, en face des anneaux inguinaux, suivant le pli de la fesse, et, en arrière, la ganse placée au bout, trouve un bouton placé à la hauteur de la crête iliaque. Pour obtenir que le bas-ventre soit bien comprimé, et les viscères bien relevés, il existe sur la place interne de la cuisse,

des pelotes de forme et de dimensions variées qui s'enfoncent dans la cavité pelvienne et chassent les anses intestinales qui pourraient s'y trouver prolabées.

Si on applique cette ceinture chez le dyspeptique à la 2^e ou 3^e période, avant qu'il prenne son principal repas, qu'on l'invite à manger un peu copieusement, il s'attendra, avec d'autant plus d'anxiété qu'on l'aura forcé de manger davantage, à voir reparaître, deux heures et demie à trois heures après ce repas, les malaises qui s'emparent habituellement de lui à ce moment de la digestion, malaises qui doivent être pénibles, bien redoutables puisque, pour s'y soustraire et sans pourtant y réussir entièrement, il se prive de tout ce qu'il mangeait avec plaisir, se prive même de manger (3^e période). Mais, non ! l'heure passe sans qu'il ait éprouvé cette faiblesse, cet abattement qui l'obligeait au repos, ces sensations de pesanteur, de délabrement, de constriction, qui l'absorbaient, le condamnaient à l'isolement, frappaient son physique et son moral, accablaient l'expression de sa figure ; il est émerveillé de ne sentir à la place que quelques éructations, quelques aigreurs, à peine du pyrosis (1).

Qu'on lui enlève à ce moment sa ceinture hypogastrique, et, instantanément, il verra revenir les sensations de faiblesse, de délabrement, de tiraillement, de constriction, de spasme ; et alors le malade sentira lui-même qu'il souffre parce que son ventre n'est pas soutenu. — Et, à dater de cette première application, il ne voudra plus quitter sa ceinture ; il la gardera jour et nuit. Il voit qu'il ne souffre plus ou presque plus en mangeant ; il s'endort plus vite ; il ne se réveille plus la nuit. Il ne pourra plus vivre sans sa ceinture ; elle sera sa compagne de jour et de nuit. Nous

(1) Glénard.

rapportons ici les trois observations publiées dans la *Gazette hebdomadaire*, par M. Féréol; elles sont particulièrement démonstratives à ce point de vue :

OBSERVATION I.

Une dame P..., d'une trentaine d'années, était depuis longtemps la cliente de notre éminent collègue, M. Brouardel, qui, ne pouvant lui continuer ses soins, voulut bien me la confier au moment où son mari, employé de l'Administration de l'assistance publique, venait remplir une fonction à l'hôpital de la Charité. Cette dame était atteinte d'une singulière forme de dyspepsie gastralgique, à crises excessivement douloureuses, analogues à des coliques hépatiques, sans qu'on eût jamais observé chez elle de traces d'ictère, et sans qu'elle eût jamais rendu de calculs biliaires. Deux ans de suite elle avait été à Vichy, sans aucun bénéfice. Dans ces derniers temps, les crises, d'une violence extraordinaire, accompagnées de vomissements presque incoercibles, s'étaient tellement rapprochées que la malade était tombée dans un état de faiblesse, d'anémie, de maigreur fort inquiétant. Les piqûres de morphine qui l'avaient d'abord soulagée, étaient devenues insuffisantes, bien qu'elles fussent répétées trois, quatre fois et même plus dans les vingt-quatre heures; la malade devenait une véritable morphomane.

J'avais, à plusieurs reprises, constaté chez elle le clapotement stomacal dans le voisinage de l'ombilic, et je dirigeais mon traitement dans le sens de la dilatation stomacale, y compris le lavage, mais sans aucun succès, lorsque l'idée me vint de la possibilité d'une entéroptose. Je fouillai l'abdomen avec le plus grand

soin, et je découvris un rein mobile très évident à droite. En recherchant l'origine de la maladie, je constatai qu'elle avait commencé pendant une grossesse, en 1881, à la suite d'une chute assez sérieuse qu'avait faite la malade.

Dès lors, je me crus fixé, et je fis la commande d'une sangle pelvienne.

Précisément à ce moment, je reçus à l'hôpital la visite de M. Glénard; il vint avec moi visiter la malade, constata l'ectopie rénale, trouva la corde colique transverse que je ne savais pas sentir, et voulut bien m'assister de son expérience dans la direction du traitement que nous allons entreprendre.

L'application de la ceinture, vu l'état de maigreur extrême de la malade, présentait une véritable difficulté; il fallut retoucher plusieurs fois la sangle, augmenter la pression au moyen d'une pelote très grosse en forme de croissant. Nous étions encouragés par l'épreuve du relèvement de l'abdomen au moyen des mains, épreuve qui donnait un résultat très significatif. Le 9 mars, la ceinture put être mise et laissée en place; en même temps la malade prenait, chaque matin, un léger laxatif (10 grammes d'abord, puis, plus tard, 5 grammes de sulfate de soude), des alcalins à chaque repas, et suivait le régime indiqué dans le mémoire de M. Glénard. Dès ce moment, le mieux se manifesta; les piqûres de morphine sont réduites à deux par jour; elles ne purent être supprimées que beaucoup plus tard; les vomissements cessent, et le sommeil reparait. Le 13 mars, la malade se trouve *sauvée* et ne marchande pas le mot: selon elle, *c'est un miracle*. Le 15, elle fait une course en voiture (il y avait six mois qu'elle restait au lit presque constamment); le 19, elle va au spectacle.

Aujourd'hui, elle a repris sa vie habituelle depuis longtemps. Elle a encore des crises; tous les mois d'abord, au moment des règles, qui sont hémorrhagiques et douloureuses, et ensuite toutes les fois qu'elle se fatigue, ou qu'elle tente un essai pour sortir de la rigueur de son régime ou de son traitement. Mais elle

s'occupe de son ménage, de ses enfants, elle commence à engraisser et se montre très heureuse du résultat (1).

J'ajoute que M. Champetier de Ribes, qui avait été appelé au moment d'une des crises les plus douloureuses, avait reconnu chez M^{me} P... un déplacement utérin qu'il avait essayé de réduire, et il avait cru pouvoir faire de la maladie un réflexe symptomatique de ce déplacement. J'ai invité mon excellent collègue à suivre avec nous le traitement de ce cas très intéressant, et il me paraît aujourd'hui gagné à la théorie de l'entéroptose.

OBSERVATION II.

Le second fait que je veux vous citer concerne une dame P..., âgée de cinquante-cinq ans environ, cliente habituelle de mon ami le docteur Guyot. Cette dame vint me voir en août dernier, en l'absence de son médecin qui faisait un long voyage. En la voyant entrer dans mon cabinet, je fus désagréablement impressionné par sa pâleur et son aspect cachectique; elle était anhéante avec des quintes fréquentes d'une toux sèche et convulsive, et paraissait sur le point de tomber en syncope; pas d'œdème des jambes; mais une arythmie cardiaque extrême, avec faiblesse du pouls; je m'empressai de la faire étendre sur une chaise longue, et son mari, qui l'accompagnait, me raconta son histoire pathologique qui était obscure et remontait très loin. Dès 1870, elle était sujette à des troubles digestifs, à des crampes d'estomac avec vomissements bilieux. Mais ce n'est qu'à partir de 1881, à la suite d'une chute assez sérieuse faite dans un escalier, que sa santé devint tout à fait mauvaise.

A propos de cette chute, le docteur Guyot fit un examen minutieux de l'abdomen, et découvrit chez la

(1) Il est vraisemblable que le résultat eût été plus satisfaisant, encore, si M^{me} P... eût pu faire, ainsi que nous lui avions prescrit une cure à Vichy; mais il lui a été impossible de quitter Paris en temps utile.

malade une ectopie droite très manifeste. Depuis 1881 jusqu'au mois d'août 1888 M^{me} B... a été constamment valétudinaire, toujours sujette à des vomissements, à des crises gastriques, à de la toux, à des palpitations. M. Guyot cherchait, sans la trouver, quelque lésion du côté du poulmon, de l'estomac, du cœur, de l'utérus même. Plusieurs saisons à Vichy, à Plombières n'amènèrent que des soulagements passagers; même à Vichy on dut renoncer à l'usage des eaux en boisson, et se borner à l'hydrothérapie. Enfin, dans ces derniers temps, le mal a pris une intensité extrême, par suite de fatigues et d'émotions causées par le mariage d'une fille. M^{me} B... a un dégoût alimentaire absolu, vomissant tout ce qu'elle essaye de prendre, même le lait qu'elle aime beaucoup; elle ne dort pas, étouffe sans cesse, et se sent en imminence syncopale lorsqu'elle essaye de marcher ou même de se tenir debout; elle a des palpitations violentes; en même temps elle a perdu toute énergie morale, elle qui en avait beaucoup, et tombe dans une mélancolie profonde. Les quintes de toux convulsive qui la fatiguent, lui font croire qu'elle devient poitrinaire, bien que M. Guyot, consulté à cet égard en juillet, l'ait, après un sérieux examen, pleinement rassurée.

Devant cet ensemble de symptômes, et mis sur la voie par l'ectopie rénale, je tente sur elle l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains. Cette épreuve et la contre épreuve donnent des résultats significatifs.

J'annonce dès lors à la malade que je crois pouvoir lui garantir un soulagement très prompt, et je lui prescris le traitement de l'entéroptose.

L'effet de l'application de la sangle fut saisissant. La toux quinteuse disparut du jour au lendemain, absolument. La malade dormit une grande partie de la nuit, en conservant sa ceinture; dès le lendemain, elle se trouve transformée, guérie, assure-t-elle, et crie au miracle, disant qu'elle se sent capable d'aller à pied à l'autre bout de Paris. Je modère un peu son enthous-

siasme, et lui rappelle l'absolue nécessité des laxatifs quotidiens, des alcalins aux repas et du régime.

Une saison à Vichy, qui fut différée quelque peu par l'apparition d'un zona, acheva la cure.

A son retour à Paris, M. le docteur Guyot, avec qui j'étais entré en correspondance au sujet de sa cliente, trouva M^{me} B... guérie.

Celui-ci crut pouvoir, en conséquence, suspendre l'usage assez ennuyeux du laxatif quotidien ; sur-le-champ, les palpitations reparurent, et le sommeil fut de nouveau troublé. Elle revint me voir dans mon cabinet vers le 20 octobre. J'insistai pour qu'elle se conformât à la rigueur des prescriptions. Et ces jours derniers, j'ai appris qu'elle se trouvait revenue à la considérable amélioration qu'elle avait obtenue en septembre dernier, et qui constitue pour elle un état de santé très satisfaisant, dont elle fait grand honneur à la médecine et au médecin.

OBSERVATION III.

Dans les deux observations précédentes, j'ai eu la chance d'apporter un soulagement si considérable qu'il peut passer pour une guérison, à deux malades qui étaient soignées depuis plusieurs années par deux de nos collègues les plus éminents, tous deux mes amis, qui m'ont autorisé ce dont je ne saurais trop les remercier, à vous communiquer ces faits sans taire leurs noms.

Dans la suivante, *c'est moi-même, messieurs, sans nulle vanité*, qui était depuis vingt-deux ans le médecin traitant de la malade ; je n'avais pas su la guérir, non plus qu'aucun des nombreux confrères auxquels je l'avais adressée, ou qu'elle avait consultés d'elle-même ; la liste en est longue, et vous verriez, s'il m'était permis de vous la communiquer, qu'elle comprend les noms les plus célèbres de la Faculté, et même quelques-uns de l'étranger.

Cette dame, âgée aujourd'hui d'une cinquantaine

d'années, fille d'un père très nerveux et probablement alcoolique, très nerveuse elle-même, et ayant dès l'époque de la puberté des idées d'obsession scrupuleuse, qui se représentèrent à plusieurs reprises après son mariage, tomba tout à fait malade, il y a vingt-six ans, pendant une grossesse très pénible (dernière de cinq). L'accouchement fut mauvais, suivi de pertes hémorragiques et de métro-péritonite assez grave; je lui donnais alors mes premiers soins. Depuis lors, malgré des améliorations plus ou moins longues, elle est restée en proie à une dyspepsie intestinale caractérisée par une diarrhée revenant surtout le matin, et alternant parfois avec de la constipation; chaque fois que ces troubles intestinaux se reproduisent, la malade est prise d'idées noires, scrupules, mélancolie profonde, débilité générale, dégoût de tout, impossibilité de marcher, de s'occuper à quoi que ce soit. Je ne puis dire ici tout ce qui a été tenté comme médication, eaux minérales, en France et à l'Étranger, stations dans le Midi, l'hydrothérapie, l'électricité statique ou dynamique ont été dirigées contre l'état général, et aussi contre l'état local, car il lui était resté des règles hémorrhagiques très violentes, qui m'ont fait admettre la possibilité d'une complication de fibrome utérin. La ménopause, sur laquelle on comptait pour améliorer la situation, n'eut qu'un effet temporaire, et toujours la situation restait foncièrement la même.

J'avais fini par me rallier dans ce cas à l'opinion de M. Charcot et à admettre que la névropathie était l'origine première de tous les accidents.

Au mois de mars dernier, la malade que je n'avais pas vue depuis assez longtemps, vint me faire part d'un nouvel incident. Sa fille était accouchée, avec l'habile concours de notre collègue le docteur Charpentier. C'était une occasion pour la mère de consulter un nouveau médecin; elle n'y manqua point; celui-ci trouva une déviation utérine (que je connaissais de longue date), et M^{me} A... venait me dire précisément que Charpentier espérait remédier à tout en traitant le déplacement utérin. La malade renaissait encore une

fois à l'espérance; car, chose remarquable, elle se refusait toujours à être une névropathe pure; elle était toujours persuadée que sa maladie devait avoir une cause que nous ne savions pas découvrir, et me reprochait sans cesse amicalement de ne pas y songer assez. Or cette fois, elle se croyait à moitié guérie, puisqu'on avait enfin découvert la cause de son mal. Il m'en coûtait de lui ôter son illusion. Pour me donner le temps d'y songer, je l'examinai de nouveau, à fond, ce que je n'avais pas fait depuis longtemps. M^{me} A... était tombée dans un état d'amaigrissement extrême et de faiblesse inquiétante. Le ventre flasque et plissé se prêtait à une exploration profonde. Je constatai facilement que le rein droit était descendu presque dans la fosse iliaque; le paquet intestinal était réduit à un volume minima, et semblait constitué par un amas de petites cordes; je tentait l'épreuve du relèvement de l'abdomen à l'aide des deux mains; elle réussit pleinement, aussi bien que la contre-épreuve.

Dès lors, je reconstituai de souvenir tout le tableau de l'entéropose que j'avais eu sous les yeux depuis vingt-deux ans sans le voir.

Je priai M. Charpentier de venir visiter la malade avec moi et avec M. Glénard, qui était en ce moment à Paris.

Le traitement fut institué : laxatifs quotidiens, alcalins, régime, sangle pelvienne. Celle-ci ne fut pas commode à installer avec l'extrême maigreur de la malade. On en vint à bout cependant, et depuis cette époque la malade porte une sorte de corset-cuirasse inférieur, qui remonte presque jusqu'aux côtes, et qui est garni d'une large plaque en croissant avec pelote volumineuse.

Le soulagement obtenu par ces moyens combinés fut instantané. La malade put marcher, dormir et digérer. Il y eut quelques rechutes, il est vrai; deux séjours à Vichy, en mai et en septembre, ont amené une amélioration telle que la malade put faire un voyage dans le nord de l'Italie. Aujourd'hui, elle a repris la vie de tout le monde, et, si elle a encore quelques malaises, elle

est complètement délivrée de son obsession, de l'abattement mélancolique et de la débilité inquiétante où je l'avais vue il y a huit mois. Si ce n'est pas encore une guérison complète, c'en est bien près, et il est permis d'espérer que nous y arriverons; en tout cas, c'est, dès maintenant, une existence très acceptable, dont la malade se déclare fort heureuse en comparaison des souffrances passées, et il était impossible d'espérer mieux ni même aussi bien dans un état pathologique si grave, si complexe et si ancien. Hier même, par une coïncidence toute fortuite, j'ai vu M^{me} A... dans mon cabinet; elle est tellement reconnaissante qu'elle m'a offert de venir se soumettre à votre examen.

I

ENTÉROPTOSE TRAUMATIQUE.

(Observation recueillie par M. J. Guilleret, interne des hôpitaux.)

I. — P... (Julie), vingt-cinq ans, domestique, entrée le 20 avril 1888 à l'Hôtel-Dieu dans le service de M, le docteur Humbert Molière, salle Sainte-Marie, n° 8.

Rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, voici ce qu'on relève; rougeole dans son enfance. Pas de scrofule. Elle a habité la campagne jusqu'à vingt-deux ans. Réglée à 18 ans, la menstruation s'est établie, sans symptômes antérieurs ou concomitants de chloro-anémie, et a toujours été régulière. Depuis l'âge de quinze ans environ, la malade a eu à plusieurs reprises de légères manifestations de nature probablement rhumastismale, consistant en douleurs siégeant particulièrement au niveau du coup-de-pied de chaque côté et dans les jambes.

Il y a quatre ans, elle fit, en voulant soutenir un lourd paquet de drap prêt à tomber, un violent effort, les bras portés en haut et la colonne en extension forcée; mais elle ne se souvient pas d'avoir éprouvé, à

ce moment, aucun tiraillement, ni aucun symptôme douloureux ou autre à la suite de cet effort.

A cette époque, la malade qui présentait un teint très pâle, mais sans décoloration des muqueuses, se portait très bien et vaquait sans trop de fatigue à son travail de femme de chambre. Pas de troubles dyspeptiques ou nerveux, dont elle ait gardé le souvenir.

Au mois de décembre 1886, en voulant soulever sa maîtresse couchée dans une gouttière, elle fit un violent effort (elle s'en souvient très bien) d'un craquement (c'est sa propre expression) dans la région de l'hypochondre droit, à droite et en haut de l'ombilic vers les fausses côtes. Sur le moment même, elle éprouva en ce point, vers l'extrémité antérieure de la dixième côte droite, une vive douleur qui disparut bientôt, mais ne tarda pas à reparaitre, accompagnée de vives douleurs abdominales, à l'hypogastre surtout, et de vomissements alimentaires. Douze jours après ce traumatisme, les malaises persistant, elle va trouver un bandagiste qui lui donne un bandage herniaire, lequel n'amène aucun soulagement. Les malaises durèrent encore quelque temps : ils consistaient surtout en douleurs hypogastriques et en vomissements, survenant d'une façon assez irrégulière, tantôt dans l'après-midi, quatre ou cinq heures après le repas, tantôt le matin peu après le lever.

Jamais de céphalalgie bien accentuée.

De temps à autre aussi quelques douleurs spontanées à la région lombaire et à l'épigastre, survenant d'une façon irrégulière, mais toujours dans la station debout. Enfin, il arrivait souvent à la malade d'être obligée, durant la journée, d'interrompre son travail et de se reposer ; elle éprouvait par moment des faiblesses très marquées. Le sommeil restait régulier.

Depuis plusieurs mois, constipation habituelle, mais, alors même que les selles étaient normales, la défécation s'accompagnait toujours de douleurs très vives ; miction également douloureuse. Enfin quelques troubles menstruels et leucorrhée en ces derniers temps.

Il y a quinze jours, peu de temps après son lever,

durant son travail, la malade fut prise subitement de violentes douleurs dans la fosse iliaque gauche, l'abdomen se météorisa rapidement et la palpation était absolument intolérable : fièvre, quelques vomissements alimentaires. Ces accidents, survenus deux jours après la cessation de son écoulement menstruel (refroidissement), s'amendèrent au bout de cinq ou six jours, sous l'influence d'un traitement approprié. L'amélioration établie, le médecin, qui avait soigné la malade, examina d'une façon plus approfondie l'abdomen et dut porter le diagnostic d'entéroptose (antérieure à des accidents aigus intercurrents), si l'on en juge par les prescriptions qu'il fit : ceinture hypogastrique de Glénard, laxatifs chaque matin, alcalins, régime.

Actuellement l'état de la malade est le suivant : facies chloro-anémique, embonpoint bien conservé, téguments pâles, muqueuses très légèrement décolorées, palpitations, vertiges, dyspnée d'effort.

Aucune éruption sur le corps.

Aucun trouble de la mobilité, ni de la sensibilité générale ou spéciale. Aucun des stigmates hystériques.

Cœur : tachycardie ; souffle doux systolique occupant toute la région précordiale sus-mammaire. Dans les vaisseaux du cou, souffle continu, léger le long de la jugulaire, avec souffle doux systolique ; pas de bruit de diable, souffle oculaire très net des deux côtés.

Rien d'anormal à l'examen des *poumons*.

L'interrogatoire de la malade nous apprend en outre que, depuis quelques temps déjà, elle est constipée (selles dures tous les deux ou trois jours), qu'elle éprouve durant la station debout, des malaises assez marqués (pesanteur à l'hypogastre, tiraillements à l'épigastre et dans la région lombaire, vertiges, vapeurs), qu'elle n'a cependant ni vomissements, ni troubles notables du sommeil ; enfin, elle éprouve très fréquemment, pour ne pas dire toujours, une sensation de faiblesse très marquée, nullement en rapport avec son état général apparent.

L'examen de l'*abdomen* laisse voir une paroi abdominale un peu plus souple qu'on ne l'observe normale-

ment chez les jeunes sujets et surtout chez les nullipares. La palpation est particulièrement douloureuse dans les fosses iliaques droite et gauche, mais on constate, en outre, dans la fosse iliaque gauche, une masse dure, rénitente, peu mobile, non dépressible et douloureuse, qui semble occuper surtout le petit bassin.

La palpation néphroleptique des hyponcondres ne révèle ni prolapsus de foie, ni le moindre degré de néphroptose.

La malade, étant debout, a de la peine à rester longtemps dans cette position. Si alors on soulève avec les deux mains l'hypogastre et qu'on le maintienne ainsi soulevé et comprimé un moment, la malade accuse un soulagement très marqué.

La même épreuve, faite dans le lit, amène également un soulagement très net, quoique moins accentué que dans la station debout.

La constipation est moins marquée en ces derniers jours, durant lesquels la malade a pris chaque matin une verrée d'eau laxative.

Les urines donnent, par l'acide azotique, un anneau peu marqué d'albumine.

22 avril. Application de la sangle pelvienne que la malade porte jour et nuit. Laxatifs chaque matin, alcalins, viande rôtie, œufs.

30 avril. Amélioration sensible. La malade se lève et marche sans trop de fatigue. Les selles sont régulières.

Hier soir, la malade, avant voulu quitter sa ceinture, a ressenti une sensation de faiblesse extraordinaire, avec tendance syncopale et douleurs vives à l'épigastre et à l'hypogastre.

15 mai. L'amélioration se maintient ; la malade peut se promener une bonne partie de la journée, même après ses repas. La constipation n'existe plus grâce aux laxatifs pris chaque matin. La station debout n'occasionne aucune fatigue.

La malade est en traitement.

II

ENTÉROPTOSE PUERPERALE PURE ; CRISES DOULOUREUSES VIOLENTES ; GUÉRISON

(Observation recueillie par M. Doyon, interne des hôpitaux)

II. - M... (Marie) trente-sept ans, ménagère, entrée le 1^{er} mai 1888, à l'Hôtel-Dieu, au service de M. le D^r H. Molière, salle Sainte-Marie n° 12, sortie le 12 mai.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Réglée à quinze ans, l'établissement des règles s'est accompagné de vomissements et de coliques. Elle a eu deux accouchements.

Dès l'âge de vingt-deux ans la santé de cette femme a été mauvaise. Durant sept années consécutives, elle a souffert de douleurs au niveau de l'estomac. Elle ne pouvait supporter aucune nourriture ; elle vomissait tout. Les crises gastriques duraient en moyenne trois heures et se faisaient sentir à l'épigastre et, en arrière, dans le dos, en un point correspondant. La malade avait peu à peu perdu notablement ses forces et était incapable de faire le moindre travail.

Il y a un an et demi, la malade est retombée dans un état analogue pendant quelques mois, puis survint une amélioration qui n'a pas été de longue durée.

Depuis un mois, en effet, elle se plaint de nouveaux maux semblables : grande faiblesse, impossibilité de marcher vite ou de monter un escalier, sans éprouver des palpitations et de l'essoufflement ; anorexie ; elle vomit tout ce qu'elle ingère ; elle se plaint enfin de douleurs siégeant à l'épigastre et dans le dos, en un point correspondant ; douleurs revenant par crises. Le vin et le lait sont en particulier très mal tolérés. Insomnie.

Quand la malade marche, il lui semble que « son ventre tombe ». Le décubitus dorsal la soulage. Si l'on applique la main sur l'hypogastre, de manière à rame-

ner en haut et à soutenir la masse intestinale, la malade est notablement soulagée.

On note enfin une surexcitation nerveuse particulière chez cette malade.

La constipation est opiniâtre. Les règles viennent à des époques irrégulières ; leucorrhée depuis un mois.

A la palpation, l'épigastre est douloureux, et une plus forte pression du creux épigastrique détermine de très vives douleurs.

Au niveau de la fosse iliaque gauche, en dehors de la région ovarique, on a un autre point douloureux ; en ce point on sent très nettement un cordon dur, c'est l'Siliaque.

Au-dessous de l'ombilic, on sent également un autre cordon placé transversalement, c'est le côlon transverse.

Une compression brusque exercée au-dessous de ces cordons détermine un peu de clapotement. Pas de néphroptose. Rien au cœur.

Toucher vaginal : col mou, ramolli, utérus un peu en rétroversion.

La malade est soumise au traitement de M. Glénard, sangle, laxatifs, alcalins et régime spécial.

12 mai. La malade, très améliorée, demande à sortir. Elle déclare que, lorsqu'elle quitte sa ceinture, elle retombe dans son état de malaise antérieur.

2 juin. Depuis sa sortie de l'Hôtel-Dieu, la malade qui continue à suivre exactement les prescriptions qui lui ont été faites, a vu son état s'améliorer d'une façon si notable qu'elle se dit complètement guérie.

Les selles sont régulières, normales, même sans laxatifs, plus de vomissements ni de crises gastralgiques. Sommeil régulier.

Tout essoufflement a disparu, ainsi que les palpitations.

III

ENTÉROPTOSE POST-PUERPÉRALE ET TRAUMATIQUE AVEC NÉPHROPTOSE AU TROISIÈME DEGRÉ

(Observ. recueillie par M. J. GUILLERET, interne des hôpitaux.)

M... (Rosalie), quarante-deux ans, ménagère. Entrée le 17 avril 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Faivre, deuxième salle de femmes, n° 27.

Rien d'intéressant dans ses antécédents héréditaires. Scrofuleuse dans l'enfance. Pas de rhumatisme. Réglée à dix-sept ans toujours très régulièrement jusqu'à ces derniers temps. Aucun trouble menstruel.

Cinq accouchements avant l'âge de vingt-huit ans. De plus cette femme, occupée aux travaux de la campagne, soulève constamment des fardeaux, va et vient continuellement. Il y a douze ans, elle eut une maladie durant laquelle elle éprouva de fortes douleurs abdominales analogues à celles qu'elle ressent aujourd'hui, sans fièvre, sans vomissements, sans météorisme. Ces douleurs disparaissent d'ailleurs, au bout de quelques semaines, pour ne plus se montrer que de temps en temps, mais avec une intensité bien moindre.

Elle est surtout fatiguée depuis trois mois.

Examen pratiqué le 6 mai. Elle a déjà maigri considérablement, depuis ce temps-là ; sensation très marquée et constante de délabrement ; elle peut à peine faire quelques pas, sans se soutenir à tous les objets qui l'environnent, et est obligée, lorsqu'elle est debout, de tenir son ventre soulevé avec la main.

Son appétit serait conservé, si elle pouvait, dit-elle, digérer les aliments ; elle n'a pas de dégoût spécial pour la viande ou les aliments gras. Le lait et le vin sont mal tolérés. L'ingestion des aliments et même de boissons est suivie de crises douloureuses intenses ayant pour siège l'ombilic et l'épigastre.

Douleurs constantes ayant pour siège l'hypogastre.

Les paroxysmes douloureux sont quelquefois calmés mais momentanément, par des vomissements qui surviennent environ une demi-heure après le repas. Ce sont des vomissements uniquement alimentaires.

Jamais de vomissements glairieux à jeun. Jamais d'hématémèses de sang pur ou marc de café.

Les *fonctions intestinales* sont depuis longtemps troublées : constipation habituelle et constante ; défécation pénible ; selles dures peu abondantes. Jamais de mélena.

Le *sommeil* depuis très longtemps est nul ou à peu près dans la première moitié de la nuit.

La *paroi abdominale* est excessivement flasque et dépressible ; on arrive très facilement jusque sur l'abdomen déprimé, étalé. La palpation péri-ombilicale. En déprimant très modérément la paroi abdominale à 2 centimètres au-dessus et à gauche de l'ombilic, on parvient sans peine sur l'aorte et l'on perçoit facilement le battement épigastrique.

En continuant à palper la région ombilicale, on arrive à sentir, un peu au-dessous de l'ombilic, en faisant glisser l'index de la main gauche de haut en bas, un cordon plein, de la grosseur du médius, de rénitence pâteuse, étendu transversalement au-devant de la colonne, et que l'on peut faire à volonté rouler ou sauter sous les doigts, c'est la corde colique.

En fouillant la fosse iliaque droite, on sent sous les doigts le cæcum induré, douloureux déjeté en dedans ; on y détermine du gargouillement. En fouillant la fosse iliaque gauche, on sent, à trois ou quatre centimètres du pli de l'aîne correspondant, un cordon étroit, épais, douloureux, c'est l'S iliaque ou cordon sigmoïdal.

En pratiquant la fouille de l'hypochondre droit, suivant le procédé de palpation de M. Glénard, on sent descendre entre les doigts, à la suite d'une profonde inspiration, un organe lisse, à forme arrondie, peu sensible à la pression, organe au-dessus duquel les doigts dépriment l'abdomen, et qui, lors de l'*échappement*, glisse et remonte sous le pouce en déterminant une légère douleur. C'est un rein mobile au troisième degré,

L'épreuve de la sangle, que la malade fait déjà elle-même sans s'en douter, donne des indications très précises : elle a une crainte excessive, dit-elle, à se mettre debout, et ne peut se maintenir un instant dans cette position qu'en s'appuyant d'une main à un objet, et en soutenant son ventre soulevé avec l'autre main. Or, dès qu'elle est debout, si l'on applique les deux mains sur l'hypogastre en exerçant une assez forte compression de bas en haut, de façon à soulever la masse intestinale, la malade se sent plus de force et dit qu'elle pourrait parfaitement rester debout et marcher si elle était toujours dans ces conditions.

Le toucher vaginal ne relève aucune tumeur : l'utérus est un peu en rétroversion.

7 mai. On institue le traitement suivant :

1° Sangle pelvienne de M. Glénard, avec large plaque semi-lunaire capitonnée à cause de la maigreur de la malade, dont les épines iliaques saillantes empêchent la ceinture de comprimer l'hypogastre. La garder jour et nuit.

2° Chaque matin 60 à 100 grammes de la solution suivante :

Eau	1 litre.
Sulfate de soude	30 grammes.
Sulfate de magnésie	20 —

3° Eau de Vichy un demi-verre, un quart d'heure avant chaque repas.

4° Eau alcaline n° 4 : 259 grammes environ à chacun des deux repas (2 grammes de bicarbonate de soude).

5° Viande-rôtie et œufs. Pas de légumes, pas de féculents, ni lait, ni vin.

8 mai. Dès aujourd'hui la malade a pu se promener seule un peu dans la salle, sans éprouver les sensations pénibles antérieures.

15 mai. Les selles sont à peu près régulières, une à deux par jour, un peu dures. Les nuits sont bonnes, la malade se réveille une ou deux fois encore, mais se rendort bientôt sans fatigue. Pas de vomissements après

les repas. La malade se lève seule et marche de même pendant quelque temps sans trop de fatigue.

20 mai. Les selles ayant une tendance à être diarrhéiques, on réduit la quantité d'eau laxative prise le matin et l'on prescrit pour chaque soir une pilule d'aloès à 2 centigrammes. L'amélioration des autres symptômes s'accroît.

30 mai. La malade, ayant fini sa solution laxative depuis quelques jours et ayant oublié de la faire renouveler, a pris plusieurs lavements pour pouvoir aller à la selle ; la constipation a reparu et, avec elle, l'insomnie (la malade se réveille cinq ou six fois dans la nuit. avec des coliques) ; on reprend dès aujourd'hui le laxatif du matin.

8 juin. L'amélioration s'est montrée dès le lendemain et se maintient.

IV

OBSERVATION II.

Entéronéphroptose, origine traumatique, amélioration notable.

F... (Marie), trente-quatre ans, ménagère. Entrée le 25 janvier 1888, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 13. Sortie le 11 mars 1888.

Rien de spécialement intéressant à relever dans les antécédents héréditaires, que plusieurs parents morts âgés, rhumatisants.

Comme antécédents pathologiques, voici ce que l'on relève chez cette malade :

A l'âge de vingt ans, quelques douleurs vagues dans les articulations ou dans les muscles des membres inférieurs surtout, douleurs qui ont commencé à se manifester à la suite d'un traumatisme (chute) ayant intéressé le genou gauche.

A l'âge de vingt-quatre ans, c'est-à-dire il y a une dizaine d'années, elle a eu un accouchement avec suites normales.

Elle souffre depuis cinq ans de troubles dyspeptiques et nerveux, durant encore, et pour lesquels elle vient à l'hôpital.

Il y a six ans, ayant sa belle-mère malade et impotente, elle se souvient qu'elle eut à la soulever seule, fréquemment, de son lit, et cela durant tout un hiver environ.

Elle ne s'aperçut d'abord d'aucun changement dans sa santé; elle n'éprouva jamais, durant ces efforts, de douleurs particulières.

Les premiers malaises débutèrent l'hiver suivant. Alors elle se plaignit de troubles digestifs, d'irrégularité dans les selles, de vertiges fréquents et d'insomnie. Depuis cette époque, elle fut soumise, sans succès, aux traitements les plus variés, et, en dernier lieu, à une médication dirigée contre une prétendue affection utérine, qui est combattue sans résultat depuis deux ans.

Actuellement son état est le suivant :

Un peu d'amaigrissement depuis quelque temps, mais surtout perte des forces.

Aucune éruption sur le corps. Aucun œdème.

La malade attire l'attention sur ses troubles gastro-intestinaux. Constipation opiniâtre; depuis quatre ans, la malade prend fréquemment des laxatifs et des purgatifs. Les digestions se font avec la plus grande difficulté; la malade (qui d'ailleurs est assez névropathe) éprouve, durant toute la période digestive, des nausées, des lourdeurs de tête, des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des douleurs lombaires, et elle est obligée de rester couchée pendant la digestion.

Les vomissements alimentaires sont rares. Aucune hernie.

Elle ne supporte le vin que difficilement, le lait est mal toléré. Longues périodes d'insomnie pendant la nuit, accompagnée de douleurs abdominales.

La palpation de l'abdomen est assez douloureuse

dans l'hypochondre droit, et la fosse iliaque du même côté, ainsi qu'au niveau de la région ombilicale.

Les parois abdominales sont très flasques et permettent de sentir aisément tous les viscères. En examinant l'hypocondre droit, suivant le procédé de palpation de M. Glénard, on constate l'existence très nette du rein mobile du troisième degré, l'expérience réussit à tout coup.

Le soulèvement de la région hypogastrique avec les deux mains (épreuve de la sangle), la malade étant debout, amène un soulagement que la malade accuse immédiatement. On procure même du soulagement comprimant l'hypogastre dans la station couchée.

L'examen des poumons ne révèle rien d'anormal.

Au cœur, de temps à autre, des palpitations ; rythme régulier. A la pointe léger dédoublement du second bruit avec souffle présystolique. Rien à la base.

Menstruation régulière : quelques pertes blanches peu abondantes. Rien de particulier au toucher vaginal.

Urines claires ; quantité normale ; pas traces d'albumine par aucun procédé. Anneau d'urate, par le réactif de Tanret, anneau trouble disparaissant par la chaleur.

2 février. Application de la sangle pelvienne de M. Glénard. Chaque matin la malade prendra la solution suivante :

Eau	100	grammes.
Sulfate de soude . . .	6	—
Sulfate de magnésie .	3	—

Eau alcaline, n° 2, aux deux repas ; viande ; œufs.

Le jour même la malade se promène dans la salle après les repas, sans éprouver autant de malaises.

4 février. La constipation est toujours opiniâtre. Les périodes d'insomnie sont presque aussi marquées.

5 février. Ici survient une complication : au moment de son époque menstruelle, qui a lieu régulièrement, la malade est prise de douleurs articulaires, avec érythèmes noueux, purpura et œdème des membres inférieurs, sans albuminurie. Cela dure jusqu'au

18 février. Durant ce laps de temps, le traitement de l'entéroptose n'est pas interrompu.

La malade accuse toujours des troubles dyspeptiques et de la constipation. Néanmoins l'insomnie a diminué d'une façon très notable. Les douleurs après les repas sont bien moindres, et l'état général est bon.

28 février. L'état général se maintient bon. La constipation seule n'est pas complètement enrayée. Mais les périodes d'insomnie ont disparu. La malade se promène longtemps dans la salle, sans éprouver de malaises, et cela même après ses repas, ce qu'elle ne pouvait faire au début.

Elle demande à sortir et continue son traitement.

OBSERVATION III.

Dyspepsie; entéroptose pure; pas de néphroptose; névropathie (signes de la maladie de Graves); amélioration très notable en cinq semaines, par le traitement de M. Glénard (sangle pelvienne; laxatifs quotidiens; alcalins; régime; hydrothérapie).

G... Philippine, trente sept ans, journalière. Entrée le 21 janvier 1888 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le docteur Humbert Mollière, salle Sainte-Marie, n° 26. Sortie le 28 février 1888.

Père vivant; rhumatisant; caractère vif.

Mère très bien portante; tempérament nerveux et impressionnable.

Comme antécédents personnels, voici ce que l'on relève chez cette femme: bonne santé habituelle, caractère très variable d'humeur. Pendant sa jeunesse crises hystériques à plusieurs reprises.

Réglée à douze ans, elle l'a toujours été régulièrement; menstrues assez abondantes.

Pas de fausse couche. Il y a dix ans accouchement à terme et normal, à la suite duquel la malade est restée environ trois mois sans pouvoir marcher; elle a nourri

son enfant, qui est mort à l'âge de trois mois, de la diarrhée verte.

Depuis son accouchement, la malade n'a jamais été bien portante; pendant longtemps elle éprouve d'abord des malaises mal définis: faiblesse, douleurs de tête; appétit bizarre, constipation, congestion fréquente de la face.

Depuis quatre ans surtout, elle souffre de palpitations, survenant, soit au repos, soit pendant la marche, soit après les repas, et de dyspnée d'effort.

Il y a deux ans, refroidissement à la suite duquel la malade est restée près de six mois au lit. Légère hémoptysie au début.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis dix-huit mois environ, les troubles digestifs, les douleurs abdominales et les malaises très variés, sont devenus de plus en plus marqués: constipation habituelle, malaises après les repas, insomnie, névralgies.

Depuis six mois elle va mieux, mais les troubles digestifs persistent.

Ajoutons que, dans les derniers temps, elle a été traitée pour une affection utérine (deux cautérisations du col).

Actuellement, la malade présente les symptômes suivants: son embonpoint est raisonnable; la coloration de la face et des téguments est normale; et, malgré cela, elle accuse une sensation de faiblesse générale constante.

Elle présente un facies névropathe, très mobile; elle n'a pas de tremblement des mains ni des pieds (signe de Marie).

Elle attire immédiatement l'attention sur les symptômes digestifs: l'appétit est diminué. Environ une heure après ses repas, elle éprouve des aigreurs, des lourdeurs de tête, une sensation de poids et tiraillement à l'épigastre et au niveau des lombes; et elle est souvent obligée de rester couchée plusieurs heures après ses repas. Les vomissements sont rares. La malade ne peut absolument pas tolérer les aliments gras surtout, ainsi que les féculents; le lait, qu'elle supportait et prenait

avec plaisir autrefois, n'est jamais toléré à l'heure qu'il est ; elle est fatiguée chaque fois qu'elle en prend. Le vin est supporté, mais elle en boit très peu.

Les selles sont tantôt régulières, anormales et quotidiennes, tantôt très dures et plus rares ; quelquefois constipation pendant deux ou trois jours.

Depuis très longtemps, la malade ne s'endort jamais avant minuit ou une heure du matin ; elle souffre de l'abdomen jusqu'à ce moment-là ; très souvent même, elle est réveillée la nuit par des malaises, tels que pyrosis, sensation de poids à l'épigastre, coliques, douleurs, particulièrement dans l'hypocondre droit et les reins. Cependant ces symptômes sont toujours moins accusés lorsque la malade est couchée, que le jour lorsqu'elle est levée.

La station debout est intolérable et la marche très pénible.

L'examen de l'abdomen révèle les signes suivants :

La paroi antérieure est flasque, facilement dépressible, la palpation de la fosse iliaque est très douloureuse même insupportable, surtout du côté droit, ainsi que la région ombilicale. La palpation de l'hypocondre, pratiquée suivant la méthode de M. Glénard, ne révèle l'existence d'aucun déplacement du rein ou du foie. La matité hépatique a son étendue normale.

La malade présente des points douloureux à la pression : points épigastriques, sus-mammaire et dorsal inférieur très accentués ; pas d'autres zones hyperesthésiques ; la pression de ces points seuls s'accompagne de phénomènes hystériformes.

Pas d'ovarie. Pas de troubles de la sensibilité en d'autres parties du corps.

Rien aux poumons.

Au cœur : tachycardie ; battements réguliers ; le second bruit à la pointe est rude, râpeux dans une certaine étendue, du troisième au cinquième espace, et de dedans en dehors ; léger roulement présystolique.

Urines : quantité normale ; jamais de trouble du côté de la miction. Pas trace d'albumine par aucun réactif. Rien par la liqueur de Fehling.

La malade est soumise aux traitement suivant :

Toniques ; bromure de potassium, 3 grammes ; eau alcaline.

Ce traitement n'amène pas d'amélioration appréciable

27 janvier. M. le docteur Glénard examine la malade : il fait devant nous l'épreuve et la contre-épreuve de la sangle, qui réussit de la façon la plus nette. Le soulagement est instantané, et les malaises (douleurs, poids, vertiges, nausées) reparaissent dès qu'on laisse retomber la paroi abdominale.

28 janvier, la malade est mise au traitement suivant :

Chaque matin, laxatif :

Eau.	100 grammes.
Sulfate de soude . . .	10 —
Sulfate de magnésie. .	5 —

Alcalins. Pas de lait. Viande et œufs.

31 janvier. La constipation paraît avoir cédé ; mais les autres symptômes : insomnie, douleurs abdominales, état d'abattement, impossibilité presque absolue de rester debout, sont aussi accentués toujours.

2 février. Application de la sangle pelvienne de M. Glénard. Le soulagement est instantané. La malade qui, les jours précédents, se trouvait presque mal dès qu'elle était debout, reste debout devant son lit un long moment ; non seulement elle n'éprouve alors aucun malaise, mais elle accuse un soulagement notable dont elle est fort étonnée : « Jamais elle ne s'est sentie ainsi depuis bien longtemps. » Ce sont ses propres expressions.

On continue les autres prescriptions : laxatif le matin :

Eau	100 grammes.
Sulfate de soude	5 —
Sulfate de magnésie . . .	3 —

Eau alcaline n° 2, aux repas. Viande rôtie et œufs. sulfureux.

Le soir une pilule :

Aloès.	3 centigrammes.
Extrait de rhubarde .	1 —

Dès aujourd'hui la malade a commencé à rester levée dans la journée, ce qu'elle n'avait pas fait depuis longtemps. Elle a même pu, sans éprouver trop de fatigue, faire quelques pas dans la salle.

5 février. Ce matin la malade a éprouvé un phénomène rappelant l'épreuve de la sangle.

Étant allé au bain, elle a quitté la ceinture avant d'entrer dans la baignoire ; elle a éprouvé à ce moment, et dans le bain, un malaise insignifiant ; mais lorsqu'elle est sortie elle a failli perdre connaissance, et tout a disparu, comme par enchantement, dès qu'elle eût remis sa sangle.

15 février. L'amélioration s'accroît, la malade marche et reste longtemps levée dans la journée. La constipation a complètement disparu. D'ailleurs, si elle reste vingt-quatre heures sans selles, elle prend le lendemain un ou deux verres d'eau de Sedlitz.

Les nuits sont très calmes ; la malade s'endort de bonne heure et ne se réveille qu'une fois ou deux, à onze heures et quelque fois à quatre heures, mais se rendort de suite. Les digestions ne sont accompagnées d'aucune fatigue notable, sauf quelquefois de légères sueurs avec sensation de chaleur. Pas de vomissements. Pas de douleurs lombaires.

28 février. L'amélioration est persistante et considérable. La malade demande à retourner chez elle.

Il faut dire cependant que, quelquefois, le malade supporte mal sa ceinture, au début, pendant quelques jours ; il faut alors retoucher la sangle, user de quelques subterfuges pour la faire tolérer, et le malade s'aperçoit bien vite de ses bienfaits.

Mais la ceinture, par la prothèse de l'abdomen, ne répond qu'à une des indications de la maladie, elle supprime les signes que M. Glénard a appelés **mésogastriques** ; elle améliore la statique abdominale en refaisant l'équilibre détruit de la tension intro-abdominale et de la tonicité de la paroi abdominale ; elle fait disparaître les symptômes neurasthéniques. Il reste alors à combattre les

symptômes dyspeptiques vulgaires, la constipation, les renvois, les aigreurs, les signes que M. Glénard a appelés choméliens. Pour lutter contre ces symptômes et contre l'entérosténose, on institue un traitement basé sur les laxatifs et les alcalins, une cure de Vichy et un régime approprié. Nous ne voulons pas insister davantage sur cette partie du traitement, car ses bases sont connues depuis longtemps.

L'indication des laxatifs salins s'impose. Nous avons vu, en effet, la constipation être un des symptômes principaux de l'entéroptose, et nous ajouterons peut-être une des causes de l'entéroptose; la constipation augmente le poids de l'intestin qui tend alors à tomber en tiraillant les ligaments suspenseurs. Les laxatifs quotidiens, continués pendant un certain temps, en vidant l'intestin, en stimulant le cours des matières, supprime ainsi une des causes de l'entéroptose et un des signes qui inquiètent le plus les malades.

Régime. — Dans notre chapitre sur les symptômes objectifs, nous avons montré qu'on constate souvent chez les malades atteints d'entéroptose la dilatation de l'estomac à l'aide du bruit de clapotage. Serait-ce là une indication d'appliquer le traitement de Bouchard? (Régime sec-antisepsie intestinale.) Evidemment, M. Bouchard envisage toujours la dilatation de l'estomac comme une affection primitive, et la traite comme telle. Mais nous croyons que, chez notre malade du moins, la dilatation de l'estomac n'est le plus souvent que secondaire à l'entéroptose, par le mécanisme que nous avons exposé; il faut donc s'adresser à celle-ci pour combattre celle-là.

Et d'ailleurs, avant les recherches de Glénard, on a préconisé la ceinture hypogastrique comme un des moyens de traiter la dilatation de l'estomac. (*Discussion de la Société médicale des hôpitaux.* Communication de Bouchard, 1884.) On voit bien l'utilité de la ceinture dans l'idée de l'en-

téroptose, mais on ne la voit guère pour traiter la dilatation de l'estomac.

Nous croyons donc qu'on peut, aux malades atteints d'entéroptose et qui ont en même temps de la gastréctasie, éviter les rigueurs du régime sec qui, d'ailleurs, ne suffit pas, à lui seul, comme le montrent les faits cliniques, pour guérir l'entéroptose.

M. Glénard a donné un tableau d'aliments dans lequel ces derniers sont classés suivant leur degré de digestibilité chez les malades atteints d'entéroptose; c'est le résultat d'un grand nombre de faits cliniques qu'il a observés. Nous donnons ce tableau :

ÉCHELLE DE DIGESTIBILITÉ SUBJECTIVE DES ALIMENTS
DANS L'ENTÉROPTOSE.

1 ^{re} période (Gastrique). Atome gastrique par entéroptose.	3 ^e période (neuras- thénique). Enté- roptose. Gastrique. Gastrique.	a) Viande crue (bœuf, mouton), œufs crus, pains rassis, café au lait (1/3 lait, 2/3 infusion café), thé, eau, eau aiguisée de cognac, vin de champagne (?) b) Viande grillée (rosbif, gigot, côtelet es, mouton, filet), œufs à la coque, bouillon, confitures (?)
2 ^e période (Gastrique). Atome gastrique par entéroptose.	3 ^e période (neuras- thénique). Enté- roptose. Gastrique. Gastrique.	a) Viande bouillie, gibier rôti, non faisandé, pigeons, cervelles, purée de légumes farineux (lentilles, pommes de terre), riz, carottes, raisins, fruits très mûrs, œufs sur le plat, huitres, foie gras, fromage de Gex, de Gruyère. Vin rouge très étendu d'eau. b) Sauces, jus, graisses, friture, pâte d'Italie, salade, vin rouge pur, crèmes, laitages, lait bouilli pur, lait cru.

Le régime doit être institué d'après ce tableau, en commençant par les aliments les plus digestifs : on pourra monter l'échelle petit à petit.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet. En ce qui concerne le traitement, on ne peut, en effet, que poser des règles générales ; c'est à la logique, au sens pratique et clinique du médecin traitant de faire le reste.

CONCLUSION.

De cette étude, nous croyons pouvoir donner les conclusions suivantes :

1° Dans la grande classe des dyspepsies, il faut créer un groupe, dont la base anatomique est la splachnoptose en général et l'entéroptose en particulier.

2° L'entéroptose donne lieu à une ensemble de signes subjectifs et objectifs parfaitement caractéristiques.

3° Pour constater l'entéroptose sur le vivant, on doit procéder à l'examen du malade selon des règles spéciales bien établies par M. Glénard, (méthode du ponce).

4° La dilatation de l'estomac coïncide souvent avec l'entéroptose et peut lui être secondaire.

5° L'entéroptose offre des indications thérapeutiques rationnelles et le traitement institué suivant ces indications se montre efficace.

Vu : Le Président,

G. POTAIN.

Vu :

Vu et permis d'imprimer :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIED.

Orléans. — Typ. et Lith. G. MORAND.
